

親 ひとり親家庭等医療助成費、
 乳 乳幼児医療助成費、
 子 義務教育就学児医療助成費

及び 青 高校生等医療助成費の受領委任の取扱いに係る申出書

関東信越厚生局登録年月日： 年 月 日

施術管理者 登録記号番号	契 13	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							-	-

施術管理者	フリガナ			
	氏名	生年月日	昭・平・令 年 月 日生	
	免許証 番号	免許年月日	昭・平・令 年 月 日	
施 術 所	フリガナ			
	名称			
	所在地	〒 () TEL ()		
	フリガナ			
	開設者氏名			
開設者住所	フリガナ			
	住所	〒 () TEL ()		
受領委任の取扱いをしようとする期間	1年間（ただし、期間満了1か月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の日の翌日において更に1年間順次更新したものとする。）			
申出前5年間(特例に係る中止取扱通知の適用を受ける場合は通知された期間)における受領委任の取扱いの中止	有	中止年月日		
	無	当該都道府県知事		

「 親 ひとり親家庭等医療助成費、 乳 乳幼児医療助成費、 子 義務教育就学児医療助成費及び 青 高校生等医療助成費の柔道整復療養に係る取扱要領」に基づき、受領委任の取扱いについて、上記のとおり申し上げます。

年 月 日

東京都知事 殿

※東京都記入欄

関東信越厚生局 登録年月日	年 月 日
申出日 (收受日)	年 月 日
取扱開始日	年 月 日

住所
TEL ()
氏名

申出人
(施術管理者)