

障 心身障害者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					-	-
施術管理者	フリガナ			生年月日	昭・平・令				
	氏名				年 月 日生				
施術管理者	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								
施術所	開設者氏名								
	開設者住所	〒							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。）							
施術管理者名義 金融機関	金融機関名	銀行 支店							
	金融機関番号					支店番号	1普通 2当座	口座番号	
金融機関	フリガナ								
	口座名義								
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・無	中止年月日							
		当該都道府県知事							

「障 心身障害者医療費助成制度の柔道整復療養費に係る取扱要領」に基づき、受領委任の取扱いについて、上記のとおり申し出ます。

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
団体コード	
委任状	あり ・ なし

住所
 申出人 (施術管理者) TEL ()
 氏名