

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

(はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧)

施術管理者 登録記号番号 承諾年月日	13 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
関東信越厚生局承諾年月日 年 月 日	

医療助成費の種類	はり	きゅう	あん摩マッサージ指圧
施術管理者	フリガナ	他の施術所の施術管理者	
	氏名		
施術管理者	免許番号	はり	きゅう
	取得年月日	第 号 年 月 日	第 号 年 月 日
施術所	フリガナ	電話番号	
	名称		
	所在地	〒	
	複数施術管理者		出張専門施術者
開設者	フリガナ	電話番号	
	氏名		
開設者	住所	〒	
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 口座番号 2 当座
	フリガナ		
	口座名義		
申出前5年間(特例関係通知の適用を受ける場合は2年間)における受領委任の取扱いの中止	有・無	中止年月日	年 月 日
		当該都道府県知事	

「心身障害者医療費助成制度の施術療養費（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧）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。

※東京都記入欄

東京都知事殿

関東信越厚生局承諾年月日	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

令和 年 月 日

住所 _____

申出人 電 話 _____

(施術管理者) 氏 名 _____