

① ひとり親家庭等医療助成費、② 乳幼児医療助成費、③ 義務教育就学児医療助成費
及び ④ 高校生等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		—		—	
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			
	氏名	他の施術所の 施術管理者		
	免許番号 取得年月日	はり	きゅう	あん摩マッサージ指圧
		第 号	第 号	第 号
	年 月 日	年 月 日	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			
	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。)			
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	中 止 年 月 日	年 月 日	
	無	当 該 都 道 府 県 知 事		

「ひとり親家庭等医療助成費、乳幼児医療助成費、義務教育就学児医療助成費及び高校生等医療助成費の施術療養費(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、上記のとおり申し上げます。

東京都知事殿

※東京都記入欄

関東信越厚生局 承諾年月日	年 月 日
申出日 (収受日)	年 月 日
取扱開始日	年 月 日

令和 年 月 日

住 所 _____
申 出 人 _____
(施術管理者) 電 話 _____
氏 名 _____