第１号様式（第３条）

被爆者はり・きゅう・マッサージ療養費
助　　成　　申　　請　　書

年　　月　　日

（申請先）
横　浜　市　長

はり・きゅう・マッサージ療養費助成を希望するので、次のとおり申請します。

申請者氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ（　　） ㊞	明治 大正　　年　　月　　日生 昭和　　（　　歳）
住　　所	〒 横浜市　　区	
電話番号		
日中連絡先		
被爆者健康手帳の番号	① 公費負担番号	
	② 公費負担医療の受給者番号	
被爆者健康手帳の交付年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日	

（注意）　１　申請書を提出する際、被爆者健康手帳の１ページ目の写しと住民票の写しを添付してください。

２　申請内容に変更が生じた場合は、速やかに届出ください。

※処理欄は記入しないでください。

	福祉保健センター受付	局　受　付	決 定 区 分	備　考
※処理欄			□ 承　　認 □ 不 承 認	
			承 認 番 号	

（Ａ４片面）