

被爆者はり・きゅう・マッサージ療養費
助 成 申 請 書

〇〇年 〇月 ×日

(申請先)
横 浜 市 長

朱肉を使用した印で押印下さい
(スタンプ印不可)

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	刀がナ (ヨコハマ ハナコ) 横 浜 花 子 (横 浜)		明治 大正 〇〇 年 ×月××日生 (昭 和) (△△歳)
住 所	〒×××-●●●● 横浜市 〇 区 〇〇町1-1-1		
電話番号	045-×××-△△△△		
日中連絡先	□□□-××××-△〇△△		
被爆者健康 手帳の番号	① 公費負担番号	1914601-8	
	② 公費負担医療の受給者番号	△□〇△□〇-●	
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。

※ 処 理 欄	福祉保健センター 受 付	局 受 付	神奈川県が発行している被爆者健康手帳の 公費負担者番号は、 「1914601-8」となります	
			<input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不 承 認	
			承認番号	