

鎌ケ谷市はり、きゅう、マッサージ等費用助成券交付申請書

鎌ケ谷市長 様

令和 年 月 日

はり、きゅう、マッサージ等の施術を受けたいので、鎌ケ谷市はり、きゅう、マッサージ等費用助成要綱第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

利用者 (受領者)

住 所	鎌ケ谷市		
フリガナ			
氏 名			
生年月日	明 治・大 正・昭 和	年	月 日 生 (歳)
電話番号	()	受領枚数	枚

申請者 (利用者とは異なる場合は記入して下さい)

住 所			
氏 名		続 柄	

※市記入欄

確認方法	資格確認書等	その他	助成券交付番号
確認者			

✂ ----- 切り取り線 ----- ✂

鎌ケ谷市はり、きゅう、マッサージ等費用助成券交付申請書

鎌ケ谷市長 様

令和 年 月 日

はり、きゅう、マッサージ等の施術を受けたいので、鎌ケ谷市はり、きゅう、マッサージ等費用助成要綱第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

利用者 (受領者)

住 所	鎌ケ谷市		
フリガナ			
氏 名			
生年月日	明 治・大 正・昭 和	年	月 日 生 (歳)
電話番号	()	受領枚数	枚

申請者 (利用者とは異なる場合は記入して下さい)

住 所			
氏 名		続 柄	

※市記入欄

確認方法	資格確認書等	その他	助成券交付番号
確認者			

記載例

第1号様式 (第4条関係)

鎌ヶ谷市はり、きゅう、マッサージ等費用助成券交付申請書

鎌ヶ谷市長 様

令和 7年 4月 1日

はり、きゅう、マッサージ等の施術を受けたいので、鎌ヶ谷市はり、きゅう、マッサージ等費用助成要綱第4条第1項の規定により次のとおり申請します。

利用者 (受領者)

住 所	鎌ヶ谷市 新鎌ヶ谷2-6-1		
フリガナ	かまがや たろう		
氏 名	鎌ヶ谷 太郎		
生年月日	明 治・大 正 昭和 34 年 9 月 1 日 生 (65 歳)		
電話番号	047 (445) 1375	受領枚数	枚

申請者 (利用者とは異なる場合は記入して下さい)

枚数は記入しないでください。

住 所	鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1		
氏 名	鎌ヶ谷 花子	続 柄	妻

※市記入欄

確認方法	資格確認書等	その他	助成券交付番号
確認者			

郵送先

〒273-0195 千葉県鎌ヶ谷市新鎌ヶ谷2-6-1 鎌ヶ谷市役所 高齢者支援課 高齢者福祉係 行
--

※切り取ってご使用ください。
「行」は、修正しないでください。