

はり、きゅう施術費助成金交付申請書

指定番号

長広指定第

号

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 (施術担当者)

住 所

氏 名

電話番号 ( )

下記のとおり、\_\_\_\_\_年\_\_月分のはり、きゅう施術費助成金を支給して下さるよう、はり、きゅう施術費明細書を添えて申請します。

記

申 請			* 審 査 決 定		
枚 数	回 数	金 額	枚 数	回 数	金 額
枚	回	円	枚	回	円

※ \*印欄は記入しないこと