

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

印

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