

はり、きゅう施術担当者指定申請書

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 住 所  
氏 名

印

下記のとおり、長崎県後期高齢者医療はり、きゅう施術費の助成に関する規則第8条の規定により  
施術担当者に指定して下さるよう、関係書類を添えて申請します。

施 術 者	住 所	長崎県 市・郡 町
	氏 名	
	電話番号	( )
施 術 所	所 在 地	長崎県 市・郡 町
	名 称	
	電話番号	( )

【振込先】

金融機関	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 支所 出張所													
預金種別	1 普通預金                      2 当座預金														
口座番号															
口座名義	カナ														
	漢字														