

様式第1号（第4条関係）

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

様式第3号 (第4条関係)

委 任 状

下記のとおり、_____年 ____月分以降の長崎県後期高齢者医療広域連合はり、きゅう施術費助成金の受領に関する権限を代理人に委任します。

年 月 日

施術担当者 住 所
氏 名 印

代 理 人 住 所
氏 名 印

【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														

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	

施 術 担 当 者 指 定 証

長崎県後期高齢者医療のはり、きゅう施術担当者に次のとおり指定する。

指 定 番 号		長広指定第 号
施 術 者	住 所	長崎県 市・郡 町
	氏 名	
施 術 所	所在地	長崎県 市・郡 町
	名 称	

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 印

はり、きゅう施術担当者辞退届

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

施術担当者 住 所
氏 名 印
電話番号 ()

下記のとおり、施術担当者を辞退したいので、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11条の規定によりお届けします。

施 術 担 当 者	指 定 番 号	長広指定第 号
	氏 名	
辞 退 する 年 月 日		
辞 退 する 理 由		

指定申請内容変更届

年 月 日

長崎県後期高齢者医療広域連合長 様

施術担当者 住 所

氏 名

印

下記のとおり、指定申請内容に変更が生じたので、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 14 条の規定により、関係書類を添えてお届けします。

指 定 番 号		長 広 指 定 第 号			
施 術 者	住 所	新	長崎県	市・郡 町	
		旧	長崎県	市・郡 町	
	氏 名	新			
		旧			
	電 話 番 号	新	()		
		旧	()		
施 術 所	所 在 地	新	長崎県	市・郡 町	
		旧	長崎県	市・郡 町	
	名 称	新			
		旧			
	電 話 番 号	新	()		
		旧	()		
振 込 先	金 融 機 関		預 金 別	口 座 番 号	フリガナ 口 座 名 義
	新		普 通 座		
	旧		普 通 座		