

高砂市高齢者はり、きゆう、マッサージ等施術費助成金交付申請書

年 月 日

高砂市長様

高砂市高齢者はり、きゆう、マッサージ等施術費助成規則第7条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

申請者	住 所	高砂市			電話
	ふりがな 氏 名				
	生年月日	大正・昭和	年	月	日 (歳)
申請事由 (症状)	肩こり ・ 足腰痛 ・ その他 ()				
窓口に来 られた人	本 人 ・ その他 (どちらかを○で囲んでください。)				
	その他の 人のとき	次の者に申請を委任します。 申請者氏名 _____			
		住 所			
		氏 名		続 柄	

※以下の欄は、記入しないでください。

交付年月日	年 月 日		
交付番号	第 号	交 付 枚 数	枚
本人確認欄	免・保・住・障・介・その他 () 番号 ()		