

第2号様式（第5条関係）

高齢者はり・きゅう・マッサージ施術費助成券交付申請書

年 月 日

（宛先）津市長

（〒 ）

住 所

申請者 氏 名

対象者との続柄

電 話

※ 自署でない場合は、記名と押印が必要です。

次のとおり申請します。

対 象 者	住 所		電 話 番 号	
	ふりがな	-----		
	氏 名			
	生年月日	年	月	日（ 歳）
備 考	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証番号 <input type="checkbox"/> 国民健康保険被保険者証番号 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 本人 代理人 受領印 受領者氏名 ㊟			