様式第４号（第６の３条関係）

**延岡市国民健康保険はり・きゅう・マッサージ等施術料助成金請求書宮崎県後期高齢者医療広域連合はり・きゅう・マッサージ等施術料助成金請求書**

 年　　　月　　　日

延岡市長　様

施術所名

施術所住所

施術担当者住所

施術担当者名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　　　　　　年　　月分のはり・きゅう・マッサージ等施術料助成金を、別紙明細書を添えて次のとおり請求いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 請　求 | ※審査決定 |
| 被保険者数 | 回　数 | 金　額 | 被保険者数 | 回　数 | 金　額 |
| 人 | 回 | 円 | 人 | 回 | 円 |

　（注）※印欄は記入しないでください。

　〈助成金振込口座〉

|  |  |
| --- | --- |
| 口座名義人 | （フリガナ） |
| ＜金融機関＞銀　　行 　　　　　　　　　　　本　　店信用金庫 　　　　　　　　　　　支　　店信用組合 　　　　　　　　　　　出 張 所農　　協 　　　　　　　　　　　営 業 所 |
| 銀行コード | 店番号 | 種　　別 | 口 座 番 号 |
|  |  |  |  |  |  |  | １．普通２．当座 |  |  |  |  |  |  |  |