様式第１号

施術費助成申請書（　新規　・　継続　）

患者	フリガナ		性別	男　・　女
	氏名			
	生年月日	年　　月　　日（満　　歳）		
	住所	（〒　　－　　） 区　　町 市　　丁目　　番　　号 郡　　村 （　　方） （電話　　）		
	加入保険等	種類	生活保護・協会・船員・日雇・組合・共済・国保・後期（退職保険者）	本人・家族
		保険者名称	記号　　番号	
			保険者番号	
	健康保険各法、生活保護法（医療扶助）に基づくはり、きゅう、あん摩、マッサージ及び指圧の施術の有無、期間		有　・　無 年　月　日から 年　月　日まで	

本申請書に記載のとおり申請します。

申請者　住　所
電　話　　（　　）
氏　名
（患者との続柄　　）

年　　月　　日

東京都知事殿

（注）１　記入漏れのないように書いてください。該当箇所は○で囲んでください。
２　(1)診断書又はスモン患者であることを証明できるもの及び(2)住民票を添付してください。
ただし、現在東京都難病等医療費等助成制度による㊟医療券をお持ちの方は(1)及び(2)の添付書類を省略できます。
３　㊟医療券をお持ちの方は右の欄に負担者番号及び受給者番号を記入してください。

負担者番号	
受給者番号	

（日本工業規格Ａ列４番）