

施術費助成申請書(新規・継続)

患 者	ふりがな	とうきょう はなこ	性別	男・女
	氏名	東京花子		
	生年月日	明治 大正 52年 1月 1日 (32歳) <u>昭和</u>	職業	会社員
	住所	(〒163 - 8001) () 方) 新宿区西新宿 2丁目 8番 1号 電話 03-1111-2222		
者	保険の種類	協会・ <u>組合</u> ・共済・日雇・船員・国保・後期	本人 家族の別	<u>本人</u> ・家族
	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・ <u>無</u> 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

スモン患者に対するはり、きゅう、あん摩、マッサージ及び指圧の施術費の助成を受けたいので、別添関係書類を添えて申請します。

申請者 住所 新宿区西新宿 2 - 8 - 1
電話 03 (1111) 2222
氏名 東京花子 素印
(患者との続柄 本人)

平成 21 年 4 月 1 日

東京都知事 殿

保健所 記入欄	申請受付 年月日	平成 年 月 日	送付 年月日	平成 年 月 日
	経由 保健所名			

- (注) 1. 記入も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. 添付書類は(1)診断書、またはスモン患者として証明できるもの。(2)住民票。
ただし、現在東京都医療費助成制度による医療券をお持ちの方は(1)と(2)を省略できます。
3. 医療券をお持ちの方は右の欄に受給者番号を記入してください。

負担者番号	5	1	1	3	6	0	1	8
受給者番号	0	5						