

**北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則及び北九州市後期高齢者の
はり及びきゅうの施術に要する費用の補助に関する規則の適用免除申請書**

北九州市長 様

私は下記の理由により、北九州市国民健康保険はり、きゅう利用規則第3条第4項および北九州市後期高齢者のはり及びきゅうの施術に要する費用の補助に関する規則第5条第3項の適用を免除していただきますよう申請します。

令和 年 月 日

施術所名 _____

施術者名 _____ 印
(自署の場合は押印不要)

指定番号 _____

電話番号 _____

記

申請理由

視覚障害（障害程度等級第 級）のため。

※身体障害者手帳の障害程度等級1級、2級又は3級であることが確認できる部分の写しを添付してください。