



北九州市後期高齢者はり・きゅう施術担当申請書

施 術 所	名 称		電 話 番 号	
	所 在 地	北九州市 区		
開 設 者	フリガナ		電 話 番 号	
	氏 名			
	生 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		男・女
施 術 科 目	はり・きゅう	指定番号（指定済みの施術 者がある施術所のみ記入）	後 一 第 号	
北九州市長 様 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7条第2項の規定に基づき、上記のとおり申請します。 なお、同規則第7条第1項の第2号から第4号の該当の有無について、関係機関へ照会することに同意します。 <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(施術担当者)</p> 住 所： フリガナ 氏 名： ㊟ <p style="text-align: right;">(自署の場合は押印不要)</p> 生年月日： 昭・平・令 年 月 日 性 別： 男・女				
※指定記号番号		※指定年月日	令和 年 月 日	

※欄は記入しないこと

受付No.