様式第６号

後期

高知市後期高齢者医療はり・きゅう・マッサージ施術費助成金請求書（　　年　　月分）

被保険者番号	氏　　名	病名又は症状	施術回数	施術内容（免許種別）	施　術　日				
				□あん摩マッサージ指圧 □はり　　□きゅう					
				□あん摩マッサージ指圧 □はり　　□きゅう					
				□あん摩マッサージ指圧 □はり　　□きゅう					
				□あん摩マッサージ指圧 □はり　　□きゅう					
				□あん摩マッサージ指圧 □はり　　□きゅう					
				□あん摩マッサージ指圧 □はり　　□きゅう					
				□あん摩マッサージ指圧 □はり　　□きゅう					
				□あん摩マッサージ指圧 □はり　　□きゅう					
				□あん摩マッサージ指圧 □はり　　□きゅう					

施術回数	請求金額	決定回数	決定金額
回	円	＊ 回	＊ 円

年　　月　　日

高知市長　　様

上記のとおり助成金を請求します。

所在地又は住所	
指定施術所名又は施術院名	
電話番号	
開設者氏名又は指定施術者氏名	
債権者番号	（　　）※債権者登録をされていない場合は、下記にご記入をお願いします。
振込指定金融機関名	（　　）銀行・農協・信用金庫　（　　）本店・支店・出張所 預金の種類（　普通　・　当座　）　口座番号（　　）

【注】１　本市に債権者登録をされていない振込先を指定する場合は、開設者氏名又は指定施術者氏名について開設者又は指定施術者の押印が必要です。

２　＊の欄には、記入しないでください。

３　はり・きゅう・マッサージ施術券（様式第２号）を添付してください。

４　施術回数欄には、被保険者に係るその月の合計施術回数を記入してください。

５　専ら出張業務のみによって業務に従事される方は、指定施術所名又は施術院名については、電話帳等にて周知している施術院名を記入してください。

６　施術を行った月の翌月20日までに請求をお願いします。

７　施術内容欄には、免許に基づき施術した施術内容に該当する□にチェックを入れてください。