別記様式（第５条関係）

はり、きゅう及びマッサージ施術費助成請求書

年　　　月　　日

四国中央市長　様

　四国中央市はり、きゅう及びマッサージ施術費助成事業実施要綱第５条の規定により、次のとおり請求します。また「個人情報に関する取扱事項」に同意します。

金　　　　　　　　　　　　　円也

　　　　　　　　　　年　　　月分（１回目・２回目）

※初回の請求には、「口座振替払申込書」が必要です。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 請求者 | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日（　　　　　歳） |
| 電話番号（　　　　　　　　　 ） 身障手帳番号（　　　　　　　　　　　　　　　）  療育手帳番号（ )  ※対象者　満70歳以上　身体障害者手帳１・２級　療育手帳A・B | |

|  |  |
| --- | --- |
| 個人情報に関する取扱事項 | 私は、市の実施するはり、きゅう及びマッサージ施術費の助成事業に関し、市が次の事項について各担当機関に紹介又は提供し、適正なサービスの利用を行うために使用することに同意します。   1. 他の福祉サービスの利用状況　　　　　・・・他の福祉サービスの利用状況を確認します。   ・身体障害者手帳又は、療育手帳の保有状況を確認する為に必要となります。   1. 医療・介護保険サービスの利用状況　・・・医療機関の受診や傷病歴等の状況及び介護保険の認定・利用   を確認します。  　　　　　　　　　　　　　　　・サービスの利用が適正であるかを確認する為に必要となります。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※市記載欄 |  |  |  |  |  |  |

※以下は施術機関が記入して下さい。

|  |
| --- |
| はり、きゅう及びマッサージ施術証明書  １．　患者氏名  ２．　施術年月日　　　　　　年　　　　月　　　　日  ３．　施術費受領金額　　金　　　　　　　 　　　円  年　　　　月　　　日  上記のとおり相違ありません。  所在地  施術機関　　　名　称  氏　名 |