|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | 施術券番号　No．　　　　　　　　　　　　 |
|  |  |  |  |
| 人吉市長寿医療制度　はり・きゅう・マッサージ施術券交付申請書 |
| 　　人吉市長　松岡　隼人　様　　　人吉市長寿医療制度　はり・きゅう・マッサージ施術規則第１２条に基づき施術券の交付を申請します。　　　なお、施術券交付により起因して生じた損害等については、自己の責任において処理することとし、貴殿へ何ら責のないことを誓約いたします。令和　　　年　　　月　　　日どなたの◎被保険者番号　　　[　　　　　　　　　　　　　　]◎住　　　　所　　　人吉市　　　　　　　　町　　　　　　　　　　番地◎被保険者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　（申請者）　　　　　　　　　**窓口に来た人**□同上申請者が被保険者本人でない場合は、裏面の委任状に記入してください。 |
| はり・きゅう・マッサージ施術券を受領しました。令和　　　年　　　月　　　日**（申請者自署または受領印）** |
| ※原則として、紛失による再交付はできません。 | 受　付　印 |
| 　　　 |
| 委　任　状* 委任者が、署名または記名押印してください

令和　　　年　　　月　　　日　　　＜委任者＞　　自署　・　代筆　下欄記入　　 住 所 　 氏 名 　　　私は、下記の者を代理人と定め、はり・きゅう・マッサージ施術券の交付申請および受領に関する権限を委任します。　＜受任者＞（窓口に来る人）　 住 所 　 氏 名 委任者との関係 　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 委任者本人が委任状を書くことが困難な場合、第三者（受任者を除く）による代筆が可能です。＜代筆の理由＞　　例：高齢で字を書くのが困難なため　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＜代筆者＞　 住 所 　 氏 名  |

|  |
| --- |
| **本　人　確　認　欄** |
| 以下の１点で確認 | □免許証　□マイナンバー　□旅券　□在留カード　□運転経歴証明書□その他（　　　　　　　　　） |
| 以下の２点で確認 | □保険証　□資格確認書　□通帳　□ｷｬｯｼｭｶｰﾄﾞ□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |