

年 月 日
受 付

様式第5号(第4条関係)

年度 保険適用外はり・きゅう・マッサージ施術費助成交付申請書

年 月 日

鹿沼市長宛

保険適用外はり・きゅう・マッサージ施術費の助成を受けたいので、鹿沼市保険適用外はり・きゅう・マッサージ施術費助成要綱第4条の規定により申請します。なお、この申請の審査に必要な住民情報及び市税等の納入状況を確認することに同意します。

申請者

(交付を受けたい人) 住 所 鹿沼市 本人自署

氏 名 \_\_\_\_\_

生年月日 明・大・昭 年 月 日( 歳)

電話番号 \_\_\_\_\_

代理人

(窓口に来た人) 住 所 鹿沼市

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

申請者との続柄 \_\_\_\_\_

- ・代理人の本人確認
  - 運転免許証
  - 健康保険証
  - マイナンバーカード
  - その他
- [ \_\_\_\_\_ ]

※事務処理欄(以下は記入しないでください。)

申請者状況	① 高齢者	満75歳以上
	② 障害者	障害者手帳の交付 有(1・2級) / 満65歳以上

市税等 納付状況	確認日	/	滞納有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	納税課職員				
交付の 可否	可	枚 ( 郵送日 )	台帳番号		
	否	交付済・要件非該当 ( 年齢・滞納 )	住民番号		