

中津市はり、きゅう、あん摩マッサージ施術料助成金支給兼口座登録申請書

|        |  |                 |  |
|--------|--|-----------------|--|
| 被保険者番号 | 国保   | 施術を受ける<br>被保険者名 |  |
|        | 後期   |                 |  |
| 生年月日   | 明・大・昭・平・令<br>年 月 日   | 電話番号            |  |
| 助成について | 1. 中津市指定の施術所等において、施術担当者が行なう、はり、きゅう、あん摩マッサージ施術料の一部を助成するものとし、助成の対象は1日1回の施術とする。<br>ただし、療養費の支給を受けることができる施術は除く。<br>2. 助成対象期間は、申請書を受理した日以後申請日の属する年度の3月31日まで。 |                 |  |
| 助成金の額  | 1回の施術につき1,000円（助成の対象は1月に4回まで。）   |                 |  |

中津市長 あて  
 施術料の助成金対象者の審査のため、市税（市税、国民健康保険税、都市計画税）及び後期高齢者医療保険料の納付状況を確認されることに承諾の上、はり、きゅう、あん摩マッサージ施術料助成金の支給申請をします。

また、助成金の受領については、指定施術所等が中津市へ提出する施術利用証明書に基づき、下記の口座へ振り込むことを依頼します。

年 月 日

申請者住所.....

氏名..... 代筆者名.....

\*申請者は施術を受ける被保険者本人。被保険者が未成年者の場合は世帯主。

\*振込先は申請者（施術を受ける被保険者本人）名義に限ります。

|                    |                                   |                        |      |          |
|--------------------|-----------------------------------|------------------------|------|----------|
| 振込先                | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) | 本店<br>支店<br>出張所<br>( ) | 預金種別 | 普通<br>当座 |
| 口座番号<br>左詰記載してください |                                   |                        |      |          |
| 口座名義人<br>(カタカナ)    |                                   |                        |      |          |

口座名義人はカタカナで左詰めで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

※以下は記入しないでください

|             |  |                    |              |     |
|-------------|--|--------------------|--------------|-----|
| 中津市審査欄      |  |                    |              | 受付印 |
| 納付状況<br>確認欄 | 市税<br>確認日 年 月 日                          | 1. 滞納なし<br>2. 滞納あり | 中津市徴税吏員<br>Ⓜ |     |
|             | 後期高齢者医療保険料<br>確認日 年 月 日                  | 1. 滞納なし<br>2. 滞納あり | 徴収吏員<br>Ⓜ    |     |
| 審査結果        | 1. 決定 助成対象期間： 年 月 日 ～ 年 月 日<br>2. 却下 理由： |                    |              |     |
| 備考：         |  |                    |              |     |

中津市はり、きゅう、あん摩マッサージ施術料助成金支給兼口座登録申請書

|        |  |          |             |       |              |
|--------|--|----------|-------------|-------|--------------|
| 被保険者番号 | 国保   | 00012345 | 施術を受ける被保険者名 | 中津 太郎 |              |
|        | 後期   |          |             |       |              |
| 生年月日   | 明・大  | 昭        | 平・令         | 電話番号  | 0979-22-1111 |
|        | 10年4月2日  |          |             |       |              |
| 助成について | 1. 中津市指定の施術所等において、施術担当者が行なう、はり、きゅう、あん摩マッサージ施術料の一部を助成するものとし、助成の対象は1日1回の施術とする。<br>ただし、療養費の支給を受けることができる施術は除く。<br>2. 助成対象期間は、申請書を受理した日以後申請日の属する年度の3月31日まで。 |          |             |       |              |
| 助成金の額  | 1回の施術につき1,000円(助成の対象は1月に4回まで。)   |          |             |       |              |

中津市長 あて  
 施術料の助成金対象者の審査のため、市税(市税、国民健康保険税、都市計画税)及び後期高齢者医療保険料の納付状況を確認されることに承諾の上、はり、きゅう、あん摩マッサージ施術料助成金の支給申請をします。  
 また、助成金の受領については、指定施術所等が中津市へ提出する際の口座へ振り込むことを依頼します。

申請者自身が記入することが困難なため、代筆者が申請書を記入した場合には、その方の氏名を書いてください

年 月 日

空欄のままにしてください

申請者住所 中津市豊田町14番地3

氏名 中津 太郎

代筆者名

\*申請者は施術を受ける被保険者本人。被保険者が未成年者の場合は世帯主。

\*振込先は申請者(施術を受ける被保険者本人)名義に限ります。

|                    |    |                             |    |                  |      |    |   |                                  |
|--------------------|----|-----------------------------|----|------------------|------|----|---|----------------------------------|
| 振込先                | 中津 | 銀行                          | 中津 | 本店               | 預金種別 | 普通 |   |                                  |
|                    |    | 信用金庫<br>信用組合<br>協同組合<br>( ) |    | 支店<br>出張所<br>( ) |      | 当座 |   |                                  |
| 口座番号<br>左記記載してください | 0  | 1                           | 2  | 3                | 4    | 5  | 6 | 申請者名義の通帳の7ケタの口座番号名義はカタカナで書いてください |
| 口座名義人<br>(カタカナ)    | ナ  | カ                           | ツ  | タ                | ロ    | ウ  |   |                                  |

口座名義人はカタカナで左づめで記入してください。濁点・半濁点は1字として、姓と名の間は1字あけてください。

※以下は記入しないでください

|             |                             |                    |         |     |
|-------------|-----------------------------|--------------------|---------|-----|
| 中津市審査欄      |                             |                    |         | 受付印 |
| 納付状況<br>確認欄 | 市税<br>確認日 年 月 日             | 1. 滞納なし<br>2. 滞納あり | 中津市徴税吏員 | Ⓜ   |
|             | 後期高齢者医療保険料<br>確認日 年 月 日     | 1. 滞納なし<br>2. 滞納あり | 徴収吏員    |     |
| 審査結果        | 1. 決定 助成対象期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 |                    |         |     |
|             | 2. 却下 理由:                   |                    |         |     |
| 備考:         |                             |                    |         |     |