

被爆者はり・きゅう・マッサージ療養費  
助 成 申 請 書

〇〇年 〇月 ×日

(申請先)  
横 浜 市 長

はり・きゅう・マッサージ療養費助成を希望するので、次のとおり申請します。

申請者氏名	カガナ ( ヨコハマ ハナコ ) 横 浜 花 子	明治 大正 〇〇 年 ×月××日生 昭和 (△△歳)
住 所	〒231-0005 横浜市 中区 本町6-50-10	
電話番号	〇〇〇-△△△-□□□□	
日中連絡先	〇〇〇-△△△△-××××	
被爆者健康 手帳の番号	① 公費負担番号	1914601-8
	② 公費負担医療の受給者番号	△□〇△□〇-●
被爆者健康 手帳の 交付年月日	昭和 ●●年 ×月 ××日	

- (注意) 1 申請書を提出する際、被爆者健康手帳の1ページ目の写しと住民票の写しを添付してください。  
2 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに届出ください。

※処理欄は記入しないでください。

※ 処 理 欄	福祉保健センター 受 付	局 受 付	神奈川県が発行している被爆者健康手帳の 公費負担者番号は、 「1914601-8」となります  <input type="checkbox"/> 承 認 <input type="checkbox"/> 不 承 認  承認番号 _____