

はり・きゅう・マッサージ施術療養費支給申請書

申請番号	号	年	月分
ふりがな		住所	
氏名			
生年月日	年 月 日		
申請額 ①又は②のうち 少ない方の額	円	※決定額	円
施術の種類	県が定めた額で算定した額	支払額	
はり又は きゅう	回 × 1,000円 =	円	円
はり・きゅう 併用	回 × 1,500円 =	円	円
マッサージ	回 × 600円 =	円	円
計	回 ①	円	② 円

水俣病要観察者等治療研究事業実施要綱第8条の規定により、はり・きゅう・マッサージ施術療養費の支給を受けたく必要書類を添えて申請します。

年 月 日

電話番号

申請者氏名

鹿児島県知事

殿

- (注) 1 支給の対象とする施術回数は、月5回が限度です。
 2 健康保険法等による保険適用分は除きます。
 3 「支払額」には、「はり・きゅう施術証明書」（別記第10号様式）の「領収額」を記載してください。
 4 ※印には記入しないでください。

はり・きゅう・マッサージ施術証明書

年 月分

患者氏名		住所	
施術日	施術の種類	施術料金	領収額
月 日	はり・きゅう・マッサージ	円	円
月 日	はり・きゅう・マッサージ	円	円
月 日	はり・きゅう・マッサージ	円	円
月 日	はり・きゅう・マッサージ	円	円
月 日	はり・きゅう・マッサージ	円	円

上記のとおり、施術したことを証明する。

年 月 日

免許番号

施術者 住所

電話番号

氏 名

㊞

鹿児島県知事 殿

- (注) 1 健康保険法等による保険適用分は除きます。
 2 施術の種類は、該当するものを○印で囲んでください。
 3 「施術日、施術の種類、施術料金、領収額」の記載欄の記載後、空白となった欄は斜線等でその空欄を抹消してください。