

(柏市国民健康保険・柏市後期高齢者)

↑どちらか一方に○をつけてください。

指定番号									
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

助成金支払申請書

令和 年 月 日

柏市長 宛て

申請者(開設者) 住所(法人の場合は主たる事務所所在地)

〒

氏名(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名)

(ふりがな)

印

電話番号

令和 年 月分 の市給付金を柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則

第9条第3項の規定により、次のとおり申請します。

内 容	利用券枚数	申請金額
施 術 (はり・きゅう・あんま・ マッサージ・指圧 またはいずれかの併用)	枚	円

添付書類 ①施術明細書

(国保分・後期高齢者分に分け、施術を行った担当者ごとに作成してください)

②利用券

(施術を行った担当者ごとにまとめてください)

振込先	銀行 信用金庫 農 協	1 普通 2 当 座	
		口座番号	
フリガナ	支 店		
口座名義			

<申請書作成の注意事項>

- 国民健康保険分と後期高齢者医療分を、実施した各月ごとに作成してください
- 利用枚数・申請金額の記入欄は、訂正印や修正液での訂正はできませんので、誤った場合は、再度作成してください
- 原則、翌月10日(土日・祝日の場合はその前日)までに必着でご提出ください

いずれかに○印をつけてください。

(柏市国民健康保険) 柏市後期高齢者

↑どちらか一方に○をつけてください。

指定番号	0	1	0	-	9	9	9	9
------	---	---	---	---	---	---	---	---

助成金支払申請書

令和 8年 5月 1日

柏市長 宛て

申請者(開設者) 住所(法人の場合は主たる事務所所在地)

〒277-0005 柏市柏5-10-1

氏名(法人の場合は法人名及び代表者職・氏名)

(法人名) 株式会社 ウェルネス柏鍼灸院

(ふりがな) しんきゅう たろう

代表取締役 鍼灸太郎

電話番号 04-7167-1111

令和 8年 4月分 の市給付金を柏市国民健康保険等保健事業利用費助成規則

第9条第3項の規定により、次のとおり申請します。

内容	利用券枚数	申請金額
施術 (はり・きゅう・あんま・ マッサージ・指圧 またはいずれかの併用)	9 枚	9,000 円

添付書類 ①施術明細書

(国保分・後期高齢者分に分け、施術を行った担当者ごとに作成してください)

②利用券

(施術を行った担当者ごとにまとめてください)

振込先	かしわ	銀行 信用金庫 農協	1 普通	2 当座
	中央支店		口座番号	7654321
フリガナ	カブシキガイシャ ウェルネスカシワシンキウウイン ダイヒョウトリシマリヤク シンキウタロウ			
口座名義	株式会社 ウェルネス柏鍼灸院 代表取締役 鍼灸太郎			

<申請書作成の注意事項>

- 国民健康保険分と後期高齢者医療分を、実施した各月ごとに作成してください
- 利用枚数・申請金額の記入欄は、訂正印や修正液での訂正はできませんので、誤った場合は、再度作成してください
- 原則、翌月10日(土日・祝日の場合はその前日)までに必着でご提出ください

