

別記第1号様式

障 心身障害者医療助成費の受領委任の取扱いに係る申出書

関東信越厚生局登録年月日： 年 月 日

施術管理者 登録記号番号	契13							-	-
-----------------	-----	--	--	--	--	--	--	---	---

施術管理者	フリガナ				生年月日	昭・平・令 年 月 日生			
	氏名				免許年月日	昭・平・令 年 月 日			
施術所	フリガナ								
	名称								
	所在地	〒		TEL ()					
	フリガナ								
	開設者氏名								
	開設者住所	〒		TEL ()					
受領委任の取扱いをしようとする期間		1年間（ただし、期間満了1か月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の日の翌日において更に1年間順次更新したものとする。）							
施術管理者名義	金融機関名	銀行 支店							
	金融機関番号					支店番号	1普通 2当座	口座番号	
金融機関	フリガナ								
	口座名義								
申出前5年間（特例に係る中止取扱通知の適用を受ける場合は通知された期間）における受領委任の取の中止	有	中止年月日							
	無	当該都道府県知事							

「障 心身障害者医療費助成制度の柔道整復療養費に係る取扱要領」に基づき、受領委任の取扱いについて、上記のとおり申し出ます。

令和 年 月 日

東京都知事 殿

※東京都記入欄

関東信越厚生局 登録年月日	年 月 日
申出日 (収受日)	年 月 日
取扱開始日	年 月 日
団体コード	
委任状	あり ・ なし

住所
 申出人 (施術管理者) TEL ()
 氏名