

〔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

【注意】登録記号番号・登録年月日は、必ず記入してください。

関東信越厚生局登録年月日：令和3年4月1日

施術管理者 登録記号番号	契 13	1	2	3	4	5	-0	-0
-----------------	------	---	---	---	---	---	----	----

施術管理者	フリガナ	トウキョウ タロウ	生年月日	昭・平・令 40年1月1日生
	氏名	東京 太郎	免許年月日	昭・平・令 16年10月1日
	免許証番号	123456号		

関東信越厚生局への登録内容と同じ内容を記入してください。

施術所	フリガナ	トチョウセイコツイン 都庁整骨院	特に、ビル名等の記載漏れにはご注意ください	
	開設者氏名	〒333-3333 東京都西新宿2-8-1 新宿ビル1階 Tel 03(1111)1111		
	開設者住所	〒333-3333 東京都新宿区西新宿1-1-1 西新宿ビル1階 Tel 03(1111)1111		
	フリガナ	カブシキガイシャトウキョウ ダイヒョウトリシマリヤク シンジュクハナコ		

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。）

金融機関	金融機関名	東京都庁 銀行 西新宿支店								
	金融機関番号	1	1	1	1	支店番号	1普通 2当座	口座番号		
	フリガナ	トウキョウ タロウ	2	3	4	5	5	5	5	5

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）において受領委任の取扱の中止を受けたかどうか、有無を記入

有・無	中止年月日
無	当該都道府県知事

・施術管理者名義の口座情報をご記入ください。  
（金融機関番号と支店番号を必ず記入）  
・口座が施術管理者名義でない場合（任意団体等を代理人と定める場合は、委任状（第4号様式）を添付してください。（委任状添付の場合、この申出書の金融機関欄は空欄）

「〔障〕心身障害者医療費助成制度の柔道整復療養費の取扱いについて、上記のとおり申し出ます。

令和3年 6月 1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 (收受日)	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 新宿区北新宿 1-2-3 北新宿ビル1階  
申出人 (施術管理者) 氏名 東京 太郎  
03(1111)8888

施術管理者の住所、氏名を記入