

① ひとり親家庭等医療助成費、② 乳幼児医療助成費及び③ 義務教育就学児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	<input type="text"/>	-	-
施術管理者	フリガナ			生年月日	昭・平・令	
	氏名				年	月 日生
	免許証 番号			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。）				
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扱いの中止		有・無	中止年月日			
			当該都道府県知事			

「① ひとり親家庭等医療助成費、② 乳幼児医療助成費及び③ 義務教育就学児医療助成費の柔道整復療養に係る取扱要領」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。

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

住所
Tel ()
申出人 (施術管理者) 氏名