

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る。） | | | | |
| 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。

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 (收受日) | 年 月 日 |
| 取扱開始日 | 年 月 日 |

住所
Tel ()
申出人
(施術管理者) 氏名