

介護者はり灸マッサージ治療費助成券交付申請書

令和 年 月 日

三島市長 あて

住 所 三島市
申請者 氏 名
(介護者) 電話番号
生年月日 年 月 日 (歳)

介護者はり灸マッサージ治療費助成券の交付を受けたいので、申請します。

【要介護者】

| | | | |
|------|-------------------|-----|---|
| 氏 名 | | 続 柄 | |
| 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 | 年 齢 | 歳 |
| 住 所 | | | |
| 要介護度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 | | |

※ 要介護者の介護保険証を提示してください。

※審査結果

| | | | |
|-------------------|-------|-------|-----|
| 介護者はり灸マッサージ治療費助成券 | | | |
| 受給資格 | 有 ・ 無 | 助成券番号 | 第 号 |
| 備 考 | | | |