

(島互様式第3号)

課 長	主 担 当	副 担 当

支 払 済 印

鍼 灸 ・ マ ッ サ ー ジ 助 成 金 請 求 書

所属所番号	所 属 所 名

*決 定 額
円

組合員氏名	会 員 氏 名	性別	生 年	月	日
		男 女	昭和 平成		

請 求 額	円
-------	---

一金 円也	領 収 内 訳	保険診療分 (自己負担分)	円
上記の金額を施術料として領収しました。		保険外分	円
平成 年 月 日	(施術所又は施術者名)		
	所在地		
	氏 名 印		
上記のとおり請求します。	住 所		
島根県市町村職員互助会理事長 様	氏 名 印		
平成 年 月 日	請求者		
	職 名		
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。	所属所長		
平成 年 月 日	氏 名 印		

1. 支給回数は、1事業年度5回を限度とします。
2. 請求対象になる施術料は、あんま、マッサージ等に関する法律の規定に基づき県に届出た施術所又は施術師における施術に限ります。
3. *欄は記入しないでください。
4. 領収欄中の内訳は必ず記入ください。
5. 領収の記載の代わりに、領収書を添付する場合には、その領収書中に領収の内訳(保険診療分と保険外分)を記載ください。