

白石町長 様

申請日 年 月 日

白石町はり、きゅう、マッサージ受診券交付申請書

〒

世帯主 住 所

氏 名

印

受診者 氏 名

(券を利用する方)

生年月日

枚 数

枚

- 券1～5枚は82円切手、6～10枚は92円切手を同封してください。
- 町内に引き続き1年以上居住している人が対象です。
- 交付枚数は一人当たり年間50枚を限度とします。
- マッサージ券を紛失された場合、再交付はいたしません。

世帯コード

(役場記入欄)

あて先

〒849-1192

白石町大字福田1247番地1
白石町役場住民課保険係 宛
マッサージ券申請書在中