

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84円切手、6～10枚は94円切手を同封してください。
- 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)