

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 _____

受診者 氏 名 _____
(券を利用する方)

生年月日 _____ (満 歳)

枚 数 _____ 枚

- 券1～5枚は84円切手、6～12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**24枚**を限度とします。
(ただし、満40歳未満の者は、一人当たり年間**12枚**とする。)
- 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)

--