

被保険者番号	住所 区 町
記号 4 0 番号	丁目 番 号
世帯主氏名	被保険者氏名 (患者) (昭・平・令 年生)

回数	施術日	該当する施術内容にシールを貼り付けてください		症状		施術者氏名
1		1 術	2 術併用	1	2	
2		1 術	2 術併用	1	2	
3		1 術	2 術併用	1	2	
4		1 術	2 術併用	1	2	
5		1 術	2 術併用	1	2	
6		1 術	2 術併用	1	2	
7		1 術	2 術併用	1	2	
8		1 術	2 術併用	1	2	
9		1 術	2 術併用	1	2	
10		1 術	2 術併用	1	2	
合計		1 術 回	2 術 回	・症状は、末梢神経疾患のときは 1 に、運動器疾患のときには 2 に ○ をつけてください。		

施術担当者確認のため、施術者氏名の記入又は押印が必要です。

委任状

本施術にともなう補助金の請求および受領の権限を下記の者を受任者として委任します。

令和 年 月 日

委任者

受任者
※施術所
所在地及
び名称
も記入

(自署の場合は押印不要)

審査印

本庁 区

整理済

請	1 術	円×	回	円	決	1 術	円×	回	円
求	2 術	円×	回	円	定	2 術	円×	回	円

※ この欄は記入しないで下さい。