

【令和 7 年度】

様式第 1 号

佐倉市はり、きゅう、マッサージ等施術費助成申請書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

〒

住所 佐倉市

申請者 氏名

電話 ()

代理人の場合は利用者との関係

()

佐倉市はり、きゅう、マッサージ等施設利用助成規則第 4 条第 1 項の規定により、施術費の助成を受けたいので申請します。

利 用 者	住 所	佐倉市
	氏 名	
	大正・昭和・平成 生年月日	年 月 日 (満 歳)

受 領 書 (※郵送申請の場合は記入不要)

佐倉市はり、きゅう、マッサージ等施設利用助成券	枚を受領しました。
助成券No. _____	年 月 日
氏 名	

担 当 : 高齢者福祉課 生きがい支援班 (電話 043-484-6243)