

岐阜市保険外はり、きゅう、マッサージ等受療補助券 交付・更新 申請書

令和 年 月 日

（あて先） 岐阜市長

岐阜市保険外はり、きゅう、マッサージ等施術料助成事業の資格者であるか否かを審査するため、岐阜市が私の住民基本台帳情報（住所、氏名及び生年月日）、個人住民税に係る税務資料（課税標準額）及び身体障害者手帳情報（障害名及び障害の等級。岐阜市保険外はり、きゅう、マッサージ等施術料助成事業実施要綱第2条第1号イの規定に該当する者である場合に限る。）を取得することに同意します。

住 所	郵便番号	—	電 話	—
	岐阜市			
フリガナ				生年月日
氏 名				明治
				大正 年 月 日
				昭和
満70歳以上の方は、記入の必要がありません。				
等 級	番号： 第 号	身体障害者手帳発行者	交付年月日	
1級・2級			昭和	平成 年 月 日
備 考	1月1日(1月から5月までの間に申請する場合は、前年の1月1日)現在の住所及び岐阜市への転入日 (その日に岐阜市に住民票がなかった人のみ記入してください。)			
	住所	転入日 令和 年 月 日		

- ・今年度分の補助券の交付を申請する場合は、この様式の表題の「交付」を○で囲み、
新年度分の補助券の交付を申請する場合は、同じく「更新」を○で囲ってください。

※ ここから下の欄は、記入しないでください。

前年（前々年）の課税標準額合計	
-----------------	--

所得非該当	<input type="checkbox"/>	年齢到達	<input type="checkbox"/>	処 理	交 付
障がい非該当	<input type="checkbox"/>	転 入	<input type="checkbox"/>		
年齢未到達	<input type="checkbox"/>	手帳交付	<input type="checkbox"/>		枚