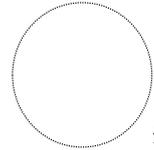


福祉医療費の委任の取扱いに係る申出書



受付印

(宛先) 京 都 市 長		年 月 日	
福祉医療費の委任の取扱いについて、以下のとおり申し出ます。			
管理者	住所	〒 ー	
	氏名 ※1	電話番号	
		生年月日	年 月 日
	免許 ※2	番号	取得年月日 年 月 日
	種別	<input type="checkbox"/> 要綱第3条 (1) に該当する管理者 (公益社団法人や施術所等の代表者) <input type="checkbox"/> 要綱第3条 (2) に該当する管理者 (公益社団法人や施術所等に所属していない個人施術者)	
	申出前5年間における委任の取扱いの中止	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	中止年月日 年 月 日
添付書類	<input type="checkbox"/> 会員等のあん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師の免許証の写し <input type="checkbox"/> 施術所開設届 (出張業務開始届) の写し <input type="checkbox"/> 施術団体等の定款等の写し		

次の口座への振込みによる受領を希望します。											
金融機関名				金融機関コード				支店名		支店コード	
銀行 金庫 農協								支店			
口座番号 (右詰)						預金種目		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄			
口座名義人		(フリガナ)									

- 必要事項及び該当する□にV印を記入してください。
- (※1) 管理者が施術団体等の場合は、施術団体や施術所の名称も記載してください。
 - (※2) 管理者が施術者である場合に記載してください。
 - (※3) 管理者が施術団体等の代表者である場合は、委任の取扱いを希望する施術師について、様式第2号の2に氏名等を記載してください。