

【郵送用】

松江市提出用

平成 28 年 8 月 20 日までに提出願います。(FAX でも可)

TEL : (0852) - 55 - 5326

FAX : (0852) - 55 - 5537

届 出 書 (福祉医療費・子ども医療費)

2

当医療機関は、平成 28 年 ~~5~~ 月診療分から、「松江市子ども医療費及び福祉医療費助成事業審査支払事務委託契約書」における松江市単独助成部分の適用を受けるため、医療機関コード・名称・所在地を届出ます。

福祉医療費	希望の場合は右に○印	<input type="radio"/>
子ども医療費	希望の場合は右に○印	<input type="radio"/>

平成 28 年 8 月 8 日

松江市長 松浦 正敬 様

医療機関コード

3	2	9	7	0	9	1	4	1	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

所在地 〒690-0822 島根県松江市下東川津町 256-10

名称 佐藤 整骨院

代表者氏名 佐藤 英充



(電話番号 0852 - 28 - 1911)