障の心身障害者医療助成費の受領委任の取扱いに係る申出書

				施術管理者 登録記号番号	契130		-	
	フリガナ					明·大·昭	·平	
施術管理者	氏 名				生年月日	年	. 月	日生
	免許証				免許年月日	昭·平		
者	番号				JUHI TV4 TV	年	月	月
施術所	フリガナ							
	名 称							
	所在地	₸				Tel ()	
	フリガナ							
	開設者氏名							
	開設者住所	〒				Tel ()	
——— 受領	質委任の取扱	1年間(ただし、期間満了1か月前までに特段の意思表示がない場合						
	をしようと	には、期間満了の日の翌日において更に1年間順次更新したものとす						
する期間		る。)						
施術管理者名義 金融機関		金融機関名				銀行		支店
		口座番号		当座•普通			·	
		フリガナ						
		口座名義						
申出前5年間に おける受領委任		有中		止年月日	-			
の取扱いの中止		無	当該	都道府県知事				
	障 心身障害者 扱いについて、₁				養養貴に係る 耳	対扱要領」に 平成		受領委任 日
東	京都知事 殿							
		н	111	1				

 申 出 人 住 所

 (施術管理者)
 版 ()

 氏 名
 印