

○(親)ひとり親家庭等医療助成費、○(乳)乳幼児医療助成費、○(子)義務教育就学児医療助成費  
及び○(青)高校生等医療助成費の受領委任の取扱いに係る申出書

(はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧)

1	施術管理者 登録記号番号 <b>A</b> 13 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> - <input type="text" value="0"/> - <input type="text" value="0"/> 承諾年月日 関東信越厚生局承諾年月日 令和元年 5 月 1 日	
	医療助成費の種類	はり <input type="radio"/> きゅう <input type="radio"/> あん摩マッサージ指圧 <input type="radio"/>
	フリガナ	トウキョウ タロウ
	氏名	東京 太郎 <b>C</b>
2	フリガナ	トチョウウイキイキンキョウマッサージイン
	名称 <b>D</b>	都庁いきいき鍼灸マッサージ院
	所在地 <b>E</b>	〒 333-3333 東京都新宿区西新宿 2-8-1 新宿ビル1階
3	フリガナ	トウキョウシヤクシャ
	氏名	株式会社東京 代表取締役 新宿花子
4	住所	〒333-3333 東京都新宿区西新宿1-1-1 西新宿ビル1階
	受領委任の取扱いをしようとする期間	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る。)
5	提出前5年間(特例関係通知の適用を受ける場合は2年間)における受領委任の取扱いの中止	有 <input type="radio"/> 中止年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日 無 <input checked="" type="radio"/> 当該都道府県知事

「ひとり親家庭等医療助成費、乳幼児医療助成費、義務教育就学児医療助成費及び高校生等医療助成費の施術療養費(はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧)に係る取扱要領」に基づき、受領委任の取扱いについて、上記のとおり申し出ます。

※東京都記入欄

関東信越厚生局承諾年月日	年 月 日
申出日(收受日)	年 月 日
取扱開始日	年 月 日

東京都知事殿

令和 4 年 1 月 1 日

**5**

住所 八王子市八王子1-2-3  
 申出人 電話 042(123)1111  
 (施術管理者) 氏名 東京太郎

## 記入要領

別記第1号様式 ㊦ひとり親家庭等医療助成費、㊧乳幼児医療助成費、㊨義務教育就学児医療助成費及び㊩高校生等医療助成費の受領委任の取扱いに係る申出書  
【はり・きゅう・あん摩マッサージ指圧】

### 1 施術管理者に係る情報

#### ㊦ 施術管理者登録記号番号／承諾年月日

関東信越厚生局から付番される登録記号番号と承諾年月日を必ずご記入ください。

#### ㊧ 医療助成費の種類

受領委任を申し出る医療助成費の種類に、○又はチェックをつけてください。

#### ㊨ 他の施術所の施術管理者

1人の施術管理者が、2か所以上の施術所を管理する場合であって、その旨を関東信越厚生局に申し出ている場合に、○又はチェックをつけてください。(該当しない場合は空欄)

- その他、施術管理者氏名／フリガナ、申出する施術の種類、免許番号及び取得年月日をご記入ください。

### 2 施術所に係る情報

#### ㊦ 施術所の名称

関東信越厚生局の承諾を受けた施術所の名称をご記入ください。

フリガナについては、施術所名称がひらがな・カタカナであっても、必ずご記入ください。

#### 【出張専門の方の場合】

施術所名称欄には、「施術管理者の方のお名前（出張専門）」をご記入ください。

(記載例：東京 太郎 (出張専門))

(空欄にはせず、必ずご記入ください。)

#### ㊧ 施術所の所在地・電話番号

施術所の所在地・電話番号をご記入ください。

#### 【出張専門の方の場合】

施術管理者の方の住所・電話番号（業務に使用する電話番号）をご記入ください。

(空欄にはせず、必ずご記入ください。)

#### ㊨ 複数施術管理者

1つの施術所に、はり・きゅう・あん摩マッサージ指圧の種類別に、複数の施術管理者を配置する場合は、○又はチェックを付けてください。(該当しない場合は空欄)

#### ㊩ 出張専門施術者

保健所へ、専ら出張のみによりその業務に従事する施術者として届け出ている場合は、○又はチェックを付けてください。(該当しない場合は空欄)

**3** 開設者情報

- ・法人の場合は、法人名称及び代表者の役職氏名／法人所在地をご記入ください。
- ・個人の場合（出張専門の方を含む）は、施術管理者の方のお名前と住所・電話番号をご記入ください。（空欄にはせず、必ずご記入ください。）

**4** 申出前5年間における受領委任の取扱いの中止

- (1) 申し出ている施術管理者が、過去に受領委任の取扱いの中止を受け、中止後5年（特例関係通知の適用を受ける場合は2年間）を経過していないときは、当該欄の「有」に○を記入してください。

この場合は、ひとり親家庭等医療助成費、乳幼児医療助成費、義務教育就学児医療助成費及び高校生等医療助成費制度の施術療養費（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧）に係る取扱要領第12の規定に基づき、受領委任の申出をすることはできません。

- (2) 上記(1)以外の場合（申出前5年間（特例関係通知の適用を受ける場合は2年間）に受領委任の取扱いの中止を受けていない場合）は、当該欄の「無」に○を記入してください。

**5** 申出人（施設管理者）

受領委任の取扱いを申し出ている、施術管理者の方（御本人）の氏名・住所・電話番号をご記入ください。