

# 取り下げ・返戻依頼書

令和 年 月 日

(宛先) 名古屋市長

施術機関名等

所在地及び名称

開設者氏名

電話番号

医療費支給申請書

下記理由により、 を取り下げ・返戻願います。

福祉給付金支給申請書

1	種別	1 柔道整復      2 はり・きゅう      3 あん摩・マッサージ指圧			
2	施術年月	請求年月	3	施術機関コード	23
	年 月	年 月			
4	医療証種別	障・親・子・福	5	医療証番号 (受給者番号)	
6	フリガナ				生 年 月 日
	患者氏名				明治 大正 昭和 平成 令和                      年 月 日
7	合計金額			請求金額	
		(円)		(円)	
8	取り下げ・返戻依頼の理由				
	-----				
	-----				