**平成　　年　　月　　日**

**高森町長　草　村　大　成　様**

**高森町あんま、はり、きゅう施術費助成に係る利用者証交付申請書**

**申請者　住所　阿蘇郡高森町大字**

**氏名　　　　　　　　　　　　　印**

**高森町あんま、はり、きゅう施術費の助成に関する要綱第５条の定めに基づき、施設利用者証の交付を申請します。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **高森町国民健康保険被保険者又は高森町後期高齢者医療被保険者で、その者及びその者が属する世帯の世帯員に町税等の滞納がない者** | **確　認　欄** | |
|  | |
| **枚数** |  |

**保険証番号　国or後**