（様式第１号）（要綱第６条第１項関係）

スモン施術受給者証交付（新規・継続）申請書

対象患者	ふりがな			受給者番号
	氏　　名			０　５
	生年月日	年　　月　　日	電話番号	（　　）　　－
	住　　所	（〒　　－　　）（※住民票のとおり正しく記入してください。）		

施術区分	１　マッサージ　（５局所） ２　はり　（はり通電方式のはりを併用　する・しない） ３　きゅう　（電気温きゅう器を併用　する・しない） ４　はり及びきゅう　（２術併用） （はり通電方式のはりを併用　する・しない） ※　希望する施術へ○をしてください。

施術所	所在地	
	名　　称	
	施術者名	

上記のとおりスモン施術受給者証の交付を申請します。

年　　月　　日

申請者　住　所

氏　名

対象患者との続柄（　　）

保健所長　殿

決　　定　　事　　項	保健所収受印欄

（注）新規申請の場合は特定疾患医療受給者証の写しを、更新申請の場合は交付済みのスモン施術受給者証を添付してください。