別記様式

 　　　　　 　　　　 　　　 　 　　　　　　　 令和　　年　　月　　日

 　　　　　 　**西東京市高齢者福祉手技治療割引券交付申請書**

 高齢者福祉手技治療割引券の交付を受けたく、西東京市高齢者福祉手技治療割引券支給事業実施要綱第５の規定に基づき、下記のとおり申請します。

 　　　　　 　　　　 　　　 記

|  |  |
| --- | --- |
| 住 所 |  　西東京市　　 　　　　（町）　　　丁目　　　　番　　　　号 |
| 氏 名 |  |
| 電 話 |  |
|  |  　明　・　大　・　昭　　　　　年　　　　月　　　　日 |

西東京市長 あて

**※月に１枚ずつ交付していますが、使用できる枚数と関係はありません（月に何枚でも使用できます）。**

発行番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付者