

記入要領

障 心身障害者医療助成費の受領委任の
取扱いに係る廃止届

【柔道整復師】

1	登録記号 番号	契 1 3 - - 号		フリガナ 氏名	氏名
	施術所 名称				
2	所在地 電話番号	〒	Tel ()		
	廃止する 事項	① 施術管理者の変更（登録記号番号の廃止） ※施術管理者が変わる場合は、こちらに○をつけて登録記号番号を廃止し、新しい施術管理者の方については新規に受領委任取扱の申出手続きを行ってください。			
		② 施術所の廃止			
③ 受領委任取扱の廃止 ※施術所（施術管理者）は継続するが、受領委任取扱のみ廃止する場合はこちらに○をつけてください。					
3	廃止 年月日	年 月 日			
備考					

該表を添付する。この表を添付する。

令和 年 月 日

東京都知事 殿

住 所
(施術管理者)
氏名

記入要領**別記第6号様式 心身障害者医療助成費の受領委任の取扱いに係る**廃止届****

【はり・きゅう・あん摩マッサージ指圧】

1 現在の情報

下記事項について、現在申し出ている内容（変更前の情報）を御記入ください。

- ① 登録記号番号
- ② 氏名／フリガナ（施術管理者）
- ③ 施術所 名称／所在地／電話番号

2 「廃止する事項」**① 「① 施術管理者の変更（登録記号番号の廃止）」**

- ・ 施術管理者が変わる場合は、こちらに○をつけて登録記号番号を廃止してください。
- ・ 新しい施術管理者の方については、新規に受領委任取扱の申出手続きを行ってください。

② 「施術所の廃止」

- ・ 施術所を廃止した場合は、こちらに○をつけてください。

【注意】

なお、施術所の住所が変更となった場合は、原則として関東信越厚生局へ新たに受領委任の申出し、新たな登録記号番号の付番が行われるため、都に対しても、別途新規に受領委任の申出を行わなければならないのでご注意ください。

（施術所の住所の変更の場合は、変更届での手続きはできません。）

③ 「受領委任取扱の廃止」

- ・ 施術所（又は施術管理者）は継続するが、受領委任の取扱いのみ廃止する場合は、こちらに○をつけてください。

3 「廃止年月日欄」

廃止した年月日を記入してください。

廃止年月日以降の施術については、医療助成費を請求することはできませんので、御注意ください。