

(表)

(受給者が記入してください。)

制度種別	県老	県障	県親	単子	
県単医療費助成申請書(柔道整復施術用)					年 月 日
燕市長様		住所 燕市 申請者 氏名			(印)
次のとおり、金 円(診療月 年 月分)の医療費の助成を申請します。 上記の医療費助成額の受領に関する権限を下記の者に委任します。					
代理人住所 代理人氏名					
受給者証番号			保険者名		
受給者氏名			記号・番号		
受療者氏名			被保険者氏名		
自己負担割合	3割	2割	1割		
振込指定 金融機関名	銀行名			口座番号(普・当)	
	支店名			フリガナ 口座名義人	
※	他法負担額		一部負担金額		決定額

注1 ※印欄は記入しないでください。

注2 助成申請額の算出方法等は、裏面を参照。

◎記名押印に代えて自署することができます。

(柔道整復師が記入してください。)

領収書(診療月 年 月分)				
	療養に要した費用 A	自己負担額 B	県単一部負担金 領収済額 C	県単医療費助成額B-C
1日目	円	円	円	円
2日目	円	円	円	円
3日目	円	円	円	円
4日目	円	円	円	円
5日目以降	円	円	円	円
計	円	円	円	円
他法負担 等の有無	障害者総合支援法・母子保健法・児童福 祉法・その他()		公費分費用	
			患者負担額(公費分)	
上記のとおり県単一部負担金を領収しました。 年 月 日				
所在地 柔道整復師 名称 氏名				
(印)				
様				

注 B欄の自己負担額には、医療保険各法の一部負担金に相当する金額(円単位四捨五入)を記入してください。

(裏)

1 助成申請額の計算方法

対象者の療養に要した費用から他法負担額、保険給付額及び次の一部負担金を控除した額が申請額となります。

〈県老の場合〉

- 療養に要した費用の2割

〈県障・県親・単子の場合〉

- 一日につき 円(同一施術所について月4回までとし、かつ、その際の自己負担額が円に満たないときは当該額)

2 わからないことがあれば、市の担当窓口におたずねください。