

様式第9号（第12条関係）

[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                            |       |     |             |               |  |
| 申請者 住 所                            |       |     |             |               |  |
| 氏 名                                |       |     |             |               |  |
| 電 話                                |       |     |             |               |  |
| 印                                  |       |     |             |               |  |
| 下記のとおり、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次の者に委任します。      |       |     |             |               |  |
| 代理人住所                              |       |     |             |               |  |
| 代理人氏名                              |       |     |             |               |  |
| 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<br>金 融 機 関 名               | 銀行名   |     |             | 口座番号          |  |
|                                    | 支店名   |     |             | フリガナ<br>口座名義人 |  |
| ※                                  | 他法負担額 |     | 一部負担金額      | 決定額           |  |

注 1 ※印欄は記入しないこと。  
注 2 助成申請額の算出方法等裏面参照。  
◎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<br>領 収 済 額 C | 県単医療費<br>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<br>等の有無          | 障害者総合支援法・母子保健法・児童福祉法・<br>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                   |                                 |             |                      |                    |
| 電 話                   |                                 |             |                      |                    |
| 様                     |                                 |             |                      |                    |
| 印                     |                                 |             |                      |                    |

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）を記入すること。

〔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保険給付額、他法負担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〉

- 1日につき          円(同一施術所については月4日までとし、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 不明な点は、市の担当窓口におたずねください。