

[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			
⑩					
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下記の者に委任します。					
代理人住所 代理人氏名					
⑩					
受給者証番号				保険者名	
受給者氏名				記号・番号	
受療者氏名				被保険者名	
自己負担割合	3割	2割	1割		
指定振込 金融機関名	銀行名			口座番号	
	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 ※印欄は記入しないこと。  
 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 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 電 話			⑩	

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1割

〈県障・県親・単子の場合〉

- 1日につき530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530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。