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　　　　　　　　　　印  電話  　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　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | |
| フリガナ | |  | | |
| 支店名 | | |  | | | | | | 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 | | | | | | | |
| 様 | | | 所在地  柔道整復師　名称  氏名　　　　　　　　　　印  電話 | | | | |

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〉

　　〇　療養に要した費用の1割

〈県障・県親・単子の場合〉

　　〇　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。