

(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 (□はり □きゅう □あん摩マッサージ指圧)					年 月 日
燕市長様		住所 燕市			
		申請者 氏名			Ⓔ
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次の者に委任します。					
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 (子ども)				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。

(施術者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				
			施術所 所在地	
			名称	
			施術者 氏名	Ⓔ
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。