様式第9号(第13条関係)

(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  　(宛先)村上市長  申請者　住所  氏名　　　　　　　　　　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 | | |  | | |
| フリガナ  口座名義人 | | |  | | |
| 支店名 | | |  | | | | | | |
| ※ | 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  様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印 | | | | |

注　1　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（経過措置対象者は１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、市町村の担当窓口におたずねください。