

記入例

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)					
(宛先)村上市長					令和元年11月1日
				申請者 住 所 村上市三之町1番1号	村 上
				氏 名 村上 太郎	
下記のとおり金 円(診療月 令和元年9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	村上市
受給者氏名	同上			記 号 ・ 番 号	村上 0123
受療者氏名	同上			被 保 険 者 氏 名	同上
自己負担割合	3割	2割	1割		
振込指定 金融機関名	銀行名	〇〇銀行		口座番号	0123456
	支店名	〇〇支店		フリガナ 口座名義人	ムラカミ タロウ 村上 太郎
※ 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	県単一部負担金額収済額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。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end;"> 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 所在地 柔道整復師 名 称 氏 名 </div> 印 </div>				

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。