

(新)

様式第9号の2(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	県子	
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 (宛先)三条市長 申請者 住 所 氏 名 (本人が手書き又は記名押印してください) 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	
	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。

2 助成申請額の算出方法等は、裏面を参照してください。

(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 所在地 施術者 名 称 氏 名 様				

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)を記入してください。

(新)

(裏)

1 助成申請額について

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・県子の場合 >

○ 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、三条市役所 福祉保健部 福祉課 障がい支援係 までお尋ねください。
(電話番号 0256-34-5408)