

(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)					
小千谷市長 あて				年 月 日	
				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	普通・当座 No.
	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してください。

◎ 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 <div style="text-align: right;">                     所在地 柔道整復師 名称 氏名 印                      様                 </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)を記入してください。

(裏面)

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（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 お問い合わせ先