|  |
| --- |
| 医療費支給申請書(柔道整復・あん摩・マッサージ・はり・きゅう等用)　　 |
| 　　□重度心身障害者等　　□ひとり親家庭等　小豆島町長　　　　殿 | 受給者 | 受給資格者証番号 | 　 | 　 |
| 住所 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 　 |
| 被保険者 | 氏名 | 　 |
| 年　　月　　日　　下記のとおり一部負担金を支払いましたので、医療費の支給を申請します。申請者氏名　　　　　　　　　　　 　　(施術者記入欄) |
| 　 | 療養費に係る一部負担金額の証明 | 　 |
| 　 | 年 | 1 社保　2 国保　3 後期 | 負担割合 | 　 |
| 月分 | 1割　　2割　　3割 |
| 　 |
| 療養費の総額 | 円 |
| 一部負担金額(本人負担額) | 円 |
| 施術日数 | 日 |
| 証明年月日　　　　年　　月　　日施術者の資格　　　　　　　　　　　住所及び氏名　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 |
| 町事務処理欄 |
| 　 | 本人負担額 | 高額療養費 | 付加給付額 | 対象一部負担金額 | 控除額 | 支給決定額 | 重心・ひとり親の重複の有無 | 備考 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 有・無 | 　 |
| 受付年月日 | 年　　月　　日 | 決裁 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 決裁年月日 | 年　　月　　日 |
| 支給年月日 | 年　　月　　日 |
| 　 |

様式第5号（第6条関係）