

# 福祉医療費支給申請書

## 柔道整復、あんま・マッサージ、はり・きゅう分

年 月 日

八幡市長様

申請者 住所 八幡市

受給者が18歳未満の場合、申請者は保護者

氏名

TEL

(

)

下記のとおり、福祉医療費の支給を申請します。

受給者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (生年月日 S・H・R 年 月 日)							
施術を受けた施術所名等	<input type="checkbox"/> 柔道整復 <input type="checkbox"/> あんま・マッサージ <input type="checkbox"/> はり・きゅう							
施術を受けた年月	_____年 _____月 施術分							
受給者証の負担者番号 及び 受給者番号	負担者番号	4						
	受給者番号							

← 前回申請口座と同様の場合はチェックを入れてください。

振込金融機関・店名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 支店
口座種別・番号	当座・普通・貯蓄	
口座名義人 (カタカナ)		

\* 受給者が18歳以上で、振込口座名義人が受給者と異なる場合は、委任状欄に記入してください。

委任状	私は、下記の者を代理人と定め、上記給付金の受領に関する権限を委任します。	
	委任者(受給者)住所	氏名
	受任者住所	氏名 (受給者との続柄 )

\* 申請書は施術所1カ所につき1カ月で1枚必要です。

\* 「領収金額」と「診療点数」のいずれか低い方で計算を行うため、領収書の金額と支給金額が一致しない場合があります。

\* 申請には裏面の施術証明と領収書の添付が必要です。

## 施術証明欄

施術証明書または保険者へ提出するレセプトの写しを添付してください。