

聖籠町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成31年3月22日

聖籠町長 西 脇 道 夫

聖籠町規則第11号

聖籠町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

聖籠町重度心身障害者医療費助成に関する条例施行規則（昭和62年聖籠規則第10号）の一部を次のように改正する。

第12条ただし書中「柔道整復師の施術」を「柔道整復師、はり師、きゅう師及びあん摩マッサージ指圧師（以下「施術者等」という。）の施術」に、「当該柔道整復師」を「当該施術者等」に改め、「県単医療費助成申請書（別記様式第9号）の次に「又は別記様式第9号の2」を加える。

別記様式第9号を次のように改める。

別記様式第9号(第12条関係)

(表)

(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(柔道整復施術用)				
聖籠町長 様			年 月 日	
			住 所	
			申請者 氏 名 <span style="float: right;">印</span>	
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 <span style="float: right;">印</span>	
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 ※印欄は記入しないこと。

注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	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に 支援するための法律・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				
様			所在地 柔道整復師 名 称 氏 名 <span style="float: right;">印</span>	

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・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)  
ただし、0歳から満18歳に達した日の属する最初の年度末までの期間は、月の初回のみ。

- 2 不明な点は、町の担当窓口におたずねください。

別記様式第9号の次に次の1様式を加える。

別記様式第9号の2(第12条関係)

(表)

(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 聖籠町長 様 住 所 申請者 氏 名 <span style="float:right">印</span> 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 <span style="float:right">印</span>					
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 ※印欄は記入しないこと。

注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。

(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	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に 支援するための法律・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 様 施術所 所在地 名称 施術者 氏名 <span style="float:right">印</span>					

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・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)  
ただし、0歳から満18歳に達した日の属する最初の年度末までの期間は、月の初回のみ。

2 不明な点は、町の担当窓口におたずねください。

附 則

この規則は、平成31年4月1日から施行する。