第９号様式（第９条関係） 　　　　　　　　　　　　　　　　（保険適用外分）

はり・きゅう・マッサージ施術療養費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請番号 | 号 | | | 年　　　月分 | | | |
| ふりがな | | | | | | 住 所 |  |
| 氏　　名 | | | | | |
| 生年月日　　　　　　　　 年　　 月　　 日 | | | | | |
| 申請額  ①又は②のうち  少ない方の額 | | | 円 | | ※決定額 | | 円 |
| 施術の種類 | | 県が定めた額で算定した額 | | | | | 支払額 |
| はり又は  きゅう | | 回 × 1,000円 ＝　　　　　円 | | | | | 円 |
| はり・きゅう  併　 　用 | | 回 × 1,500円 ＝　　　　　円 | | | | | 円 |
| マッサージ | | 回 × 　600円 ＝　　　　　円 | | | | | 円 |
| 計 | | 回　　　　　①　　　　　　円 | | | | | ②　　　　　　　　円 |

　水俣病要観察者等治療研究事業実施要綱第８条の規定により，はり・きゅう・マッサージ施術療養費の支給を受けたく必要書類を添えて申請します。

　　　　　年　　月　　日

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者氏名

　　　鹿児島県知事　　　　　　　　　　殿

（注）１　支給の対象とする施術回数は，月５回が限度です。

　　　２　健康保険法等による保険適用分は除きます。

　　　３　「支払額」には，「はり・きゅう施術証明書」（別記第１０号様式）の「領収額」を記載してください。

　　　４　※印には記入しないでください。

第１０号様式（第９条関係）　　　　　 　　　　　　　　　　（保険適用外分）

はり・きゅう・マッサージ施術証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月分

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者氏名 |  | 住所 |  | |
| 施 術 日 | 施術の種類 | | 施術料金 | 領収額 |
| 月　 日 | はり・きゅう・マッサージ | | 円 | 円 |
| 月　 日 | はり・きゅう・マッサージ | | 円 | 円 |
| 月　 日 | はり・きゅう・マッサージ | | 円 | 円 |
| 月　 日 | はり・きゅう・マッサージ | | 円 | 円 |
| 月　 日 | はり・きゅう・マッサージ | | 円 | 円 |

　上記のとおり，施術したことを証明する。

　　　　　 年　　 月　　 日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　免許番号

　　　　　　　　　　　　　　施術者　住　　所

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　

　　　鹿児島県知事　　　殿

（注）１　健康保険法等による保険適用分は除きます。

　　　２　施術の種類は，該当するものを○印で囲んでください。

　　　３　「施術日，施術の種類，施術料金，領収額」の記載欄の記載後，空白となった欄は斜線等でその空欄を抹消してください。