様式第9号の1

令和　　年　　月分　　令和　　年　　月　　日提出

福祉給付金支給申請書（はり・きゅう師用）

（あて先）名古屋市長

公費負担者番号	8	9	2	3	1	0	0	5	施術機関番号	2	3	7												
受給者番号									保険者番号															
									被保険者番号／記号・番号															

受給者の氏名・生年月日	受給者の住所
明・大・昭　　年　　月　　日	○施術した場所（施設等に入居している場合及び、資格者証住所地と異なる場合に記載）

発病又は負傷年月日	傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過	○ 業務上・外、第三者行為の有無
年　月　日		1.業務上　2.第三者行為　3.その他(　　)

施術内容欄

初療年月日	施術期間	実日数	請求区分
年　月　日	自・R　年　月　日～至・R　年　月　日	日	新規・継続

傷病名　1. 神経痛　2. リウマチ　3. 頚腕症候群　4. 五十肩　5. 腰痛症　6. 頚椎捻挫後遺症　7. その他（　　）　付記（　　）

転帰：継続・治癒・中止・転医

摘要：

初検料	1. はり　2. きゅう　3. はり・きゅう併用		円
施術料	はり・きゅう	施術の種類　1術　回　2術　回	
	通所	円×　回＝	円
	訪問施術料 1	円×　回＝	円
	訪問施術料 2	円×　回＝	円
	訪問施術料 3（3人～9人）	円×　回＝	円
	電療料（加算／1.電気針　2.電気温灸器　3.電気光線器具）	円×　回＝	円
	特別地域（加算）	円×　回＝	円
往療料		円×　回＝	円
施術報告書交付料	（前回支給：R　年　月分）	円×　回＝	円
明細書発行加算		円×　回＝	円
合計			円
保険給付額			円
一部負担金（1割・2割・3割）			円
減額・免除			円
請求金額			円
＊支払金額			円

施術日	訪問1①	通所○	訪問2②	往療◎	訪問3③	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

○往療又は訪問の理由（ 1. 独歩による公共交通機関を使っての外出困難　2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難　3. その他（　　））

施術者証明欄

上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。

保健所登録区分　1. 施術所所在地　2. 出張専門施術者住所地

令和　　年　　月　　日　（〒　　－　　）

登録記号番号（10桁）

又は免許登録番号

はり師、きゅう師　住所

氏名　　電話

同意記録

同意医師の氏名	住所	同意年月日	傷病名	要加療期間
		令和　年　月　日		

申請者委任欄

上記の療養に要した費用に関して、医療費の支給を申請し、その受領をはり師・きゅう師(代理人)に委任します。

令和　　年　　月　　日　（〒　　－　　）

申請者　住所

名古屋市長　様

氏名　　電話

本人申請欄

上記の療養に要した費用に関して、医療費の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日　（〒　　－　　）

申請者　住所

様

氏名　　電話

備考

振込先金融機関：届出のとおり

［記入上の注意］
1. 施術内容欄の傷病名、初検料の施術内容については、該当する項目を○で囲んでください。
2. 「摘要」欄は、施術に関する特記事項等を記入してください。
3. 「傷病名」の「付記」には、施術部位を記載してください。
4. 委任支払方式をとる場合は「本人申請欄」を抹消し、市町村に直接支給申請する場合は「申請者委任欄」を抹消してください。
5. 傷病の原因が第三者の行為によるものであるときは、この申請書に「第三者による被害届」の写しを添付してください。
6. 同意書、診断書により支給が可能とされる期間を超えた申請については、医師の同意書の写しを添付してください。
7. 初療の日から1年以上経過しており、かつ1月間の施術を受けた回数が16回以上の場合は、この申請書に「1年以上・月16回以上施術継続理由・状態記入書」の写しを添付してください。
8. 施術報告書交付料を支給申請する場合は、施術者が記入した施術報告書の写しを添付してください。また、一連の施術において既に施術報告書交付料が支給されている場合は、直前の当該支給に係る施術の年月を記入してください。
9. 「*支払金額」の欄は市町村が記入するため、未記入としてください。