

年 月分

療養費支給申請内訳票 【福祉医療分】

「柔道整復師・あん摩・マッサージ・はり・きゅう」

↑該当するものに○をつけてください。

(宛先) 瀬戸市長

年 月 日

(請求者) 登録記号番号 \_\_\_\_\_

施術者 \_\_\_\_\_

施術所名 \_\_\_\_\_

医療機関コード \_\_\_\_\_

| 福祉医療区分     |     | 件 数 |   | 請求金額 |   |
|------------|-----|-----|---|------|---|
| 子ども医療      | 【子】 |     | 件 |      | 円 |
| 心身障害者医療    | 【障】 |     | 件 |      | 円 |
| 母子・父子家庭等医療 | 【母】 |     | 件 |      | 円 |
| 精神障害者医療    | 【精】 |     | 件 |      | 円 |
| 後期高齢者福祉医療  | 【福】 |     | 件 |      | 円 |
| 合 計        |     |     | 件 |      | 円 |

| 届出書受理日 |
|--------|
|        |