福祉事務所 受付日	月　日

（表面）

施術券及び施術報酬請求明細書（あん摩・マッサージ）

（　年　月分）　担当員　取扱担当者

堺市　保健福祉総合センター所長

印

※

生活保護法施術券

交付番号	この券の有効期限	日から 日まで	単給・併給
患者氏名 （　生まれ）（　歳）（男・女）		居住地	
指定施術者名		傷病名（部位）	

施術費給付請求明細書

初回施術年月日	年　月　日	実日数	日	転帰	治癒・中止

	同意部位	（躯幹）	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）	摘要
①マッサージ（施術料）	施術回数	回	回	回	回	回	
通所		円×		回＝		円	
（月16回以降の施術に係る50%逓減）		円×0.5×		回＝		円	
訪問施術料１		円×		回＝		円	
（月16回以降の施術に係る50%逓減）		円×0.5×		回＝		円	
訪問施術料２		円×		回＝		円	
（月16回以降の施術に係る50%逓減）		円×0.5×		回＝		円	
訪問施術料３（3人～9人）		円×		回＝		円	
（月16回以降の施術に係る50%逓減）		円×0.5×		回＝		円	
訪問施術料４（10人～19人）		円×		回＝		円	
（月16回以降の施術に係る50%逓減）		円×0.5×		回＝		円	
訪問施術料５（20人以上）		円×		回＝		円	
（月16回以降の施術に係る50%逓減）		円×0.5×		回＝		円	
②温罨法（加算）		円×		回＝		円	
〔月16回以降の施術における加算に係る50%逓減〕		円×0.5×		回＝		円	
③温罨法・電気光線器具（加算）		円×		回＝		円	
〔月16回以降の施術における加算に係る50%逓減〕		円×0.5×		回＝		円	

④変形徒手矯正術（加算）	同意部位	（右上肢）	（左上肢）	（右下肢）	（左下肢）
	施術回数	回	回	回	回
		円×		回＝	円
〔月16回以降の施術における加算に係る50%逓減〕		円×0.5×		回＝	円
⑤特別地域（加算）		円×		回＝	円
⑥往療料		円×		回＝	円
⑦施術報告書交付料（前回支給：　年　月分）		円×		回＝	円
⑧明細書発行加算		円×		回＝	円

施術日	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
訪問１① 通所○　訪問２② 往療◎　訪問３③ 訪問４④ 訪問５⑤																															
月																															

○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（　））

	請求	※決定
⑨　合計金額　（①＋②＋③＋④＋⑤＋⑥＋⑦＋⑧）	円	円
※　集中率90%以上の施設等入居者（80%逓減対象）【該当の場合○】　逓減後の額	円	円
※　⑩　社保負担（健・共）　有・無　割	円	円
※　⑪　本人支払額　円	円	円
⑫　差引請求（支払）金額　（⑨－⑩－⑪）	円	円

請求書

にかかる上記明細書による施術料を請求します。
堺市　保健福祉総合センター所長

住　所

指定施術者
氏　名

委任状

上記の金額の受領を
師会（理事）長　または　代理人　　に
委任します。

年　月　日

あん摩・マッサージ師名
氏名

振込先		預金種類	預金	口座番号	口座名義