

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

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)	

※

堺市 保健福祉総合センター 所長

印

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	治療・中止																												
	①マッサージ(施術料)	同意部位	(軀幹)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘 要																									
		施術回数	回	回	回	回	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																												
	訪問施術料 3 (10人以上)		円×	回=	円																												
	②温罨法(加算)		円×	回=	円																												
	③温罨法・電気光線器具(加算)		円×	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																												
	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																													
施術日	訪問 1 ①	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	
通院○	訪問 2 ②																																
往療◎	訪問 3 ③	月																															
○往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を使つての外出困難 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 ())																																	
⑧ 合計金額 (①+②+③+④+⑤+⑥+⑦)																								請 求		※ 決定							
																								円		円							
※ ⑨ 社保負担 (健・共)																								有・無		割		円		円			
※ ⑩ 本人支払額																								円				円		円			
⑪ 差引請求(支払)金額 (⑧-⑨-⑩)																								円				円		円			
請求書	にかかると上記明細書による施術料を請求します。 年 月 日 堺市 保健福祉総合センター所長 住所 指定施術者 氏 名																																

振込先	預金種類	預金	口座番号	口座名義
-----	------	----	------	------