

(旧)

帳票No	693	機能名称	生活保護法による施術費給付承認書（あん摩・マッサージ）
現行帳票			

太枠：標準化により削除

生活保護法による施術費給付承認書（あん摩・マッサージ）

(令和 7年 5月分)

ケースNO	員番	01	保護開始	H30.12.04	地区	新池2	担当		
交付番号	3	この券の有効期間	年	月	日から	年	月	日	併給
生活保護法施術券	患者氏名	北九	(71歳)	男	居住地	北九州市			
	指定施術者名	(医)			傷病名（部位）				
	地区担当員名		上記患者についてあん摩・マッサージの施術費給付を要することを認めます。 令和 7年 5月14日						
	取扱担当者名		戸畑福祉事務所長						

施術報酬請求明細書	初回施術年月日	年	月	日	実日数	日	転	帰	治癒・中止																								
	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温巻法（加算）			円×		回＝		円																									
	③温巻法・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			円×		回＝		円																										
(前回支給： 年 月分)																																	
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																																
○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			
請求書	(患者氏名)																																
	に係る上記明細書による施術料を請求します。 年 月 日																																
	戸畑福祉事務所長 宛 指定施術者名及び住所																																

(旧)

(あん摩・マッサージ)

指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収してください。
 - 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めたときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけてください。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
 - 3 施術券の「傷病名（部位）」欄に記入された傷病名（部位）以外の傷病（部位）が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病（部位）名を記入してください。この場合記入がないと減額されることがありますから注意してください。
 - 4 施術券の所定事項及び施術報酬請求明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから福祉事務所に返送してください。
 - 5 「初回施術年月日」欄には費用負担関係のいかんにかかわらず、その傷病（部位）についての初回施術年月日を記入してください。
 - 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求者の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日の記入もれ
 - (3) 往療距離の記入もれ
 - (4) その他記載不備
- (記入上の注意) ※印の欄には記入しないでください。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は施術報酬請求明細書の「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払ってください。なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終了とき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出てください。
- 6 施術券は他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

(新)

標準化帳票

太枠：標準化により簡略化

(表面)

施術券及び施術報酬請求明細書（あん摩・マッサージ）

（令和 6年11月分）

担当員

取扱担当者

生活保護法 施術券	交付番号 3	この券の 有効期間	令和 6年11月 1日から 令和 6年11月30日まで		単給																														
	患者氏名 (昭和20年 1月 1日生まれ) (79歳) (男) 01		居住地 999-9999 情報市生活宿 1 1 1 - 1 1 1																																
	指定施術者名 情報 マッサージ		傷病名 (部位)																																
施術報酬 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 (頸背)	(右上肢)	(左上肢)	(右下肢)	(左下肢)	摘要																											
			施術回数	回	回	回	回																												
	通所		円 ×		回 =		円																												
	訪問施術科 1		円 ×		回 =		円																												
	訪問施術科 2		円 ×		回 =		円																												
	訪問施術科 3 (3人~9人)		円 ×		回 =		円																												
	訪問施術科 3 (10人以上)		円 ×		回 =		円																												
	② 温電法 (加算)		円 ×		回 =		円																												
	③ 温電法・電気治療器具 (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 復 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 〇 訪問 2 ②																																			
注療 〇 訪問 3 ③																																			
〇注療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を便の外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 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		
請求書	にかかる上記明細書による施術料を請求します。																																		
	■福祉事務所 1 長																																		
	所長 太郎																																		
	指定施術者 住 所																																		
	氏 名																																		

※
■福祉事務所 1 長

所長太郎

の青
公報
印市

変更点

国の定める標準様式への変更

主な変更点

・印字項目の削除、簡略化

(新)

(裏面)

(あん摩)

指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額です。窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めたときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。この場合連絡がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病(部位)名又は往療を必要とした理由等を記入して下さい。この場合記入がないと減額されることがありますから注意して下さい。
- 4 施術券の所定事項及び請求明細書の「本人支払額」「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所长印のないものは無効ですから福祉事務所に返送して下さい。
- 5 「初回施術年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初回施術年月日を記入して下さい。また「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意して下さい。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日の記入もれ
 - (3) 往療距離記入もれ
 - (4) その他記載不備

(記入上の注意) ※印の欄には記入しないでください。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることのできる期間は施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は表面「本人支払額」欄に記入された金額ですから窓口で支払って下さい。なお、本人支払額が支払われていない場合には保護の変更、停止又は廃止が行われることもあります。
- 4 施術者及び福祉事務所长の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務所に届け出て下さい。
- 6 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。