

障 心身障害者医療助成費の受領委任の取扱いに係る申出書

(はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧)

1	施術管理者 登録記号番号 承諾年月日	A 13 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> - <input type="text" value="0"/> - <input type="text" value="0"/>		
	関東信越厚生局承諾年月日 令和元年 5 月 1 日			
医療助成費の種類		B はり <input type="radio"/>	きゅう <input type="radio"/>	あん摩マッサージ指圧 <input type="radio"/>
2	フリガナ	トウキョウ タロウ		C 他の施術所の 施術管理者
	氏名	東京 太郎		
	免許番号 取得年月日	はり 第 11111 号 平成30年12月1日	きゅう 第 11111 号 平成30年12月1日	あん摩マッサージ指圧 第 11111 号 平成30年12月1日
3	フリガナ	トチヨウイキイキシキョウマッサージン		電話番号
	名称	D 都庁いきいき鍼灸マッサージ院		03 (1111) 2222
	所在地	E 〒 333-3333 東京都新宿区西新宿 2-8-1 新宿ビル1階		
F 複数施術管理者		G 出張専門施術者		
4	フリガナ	カザシキガイシヤドウキョウ タイビョウトリシマリヤク シンジュウハナゴ		電話番号
	氏名	株式会社東京 代表取締役 新宿花子		03 (1111) 1111
5	住所	〒333-3333 東京都新宿区西新宿1-1-1 西新宿ビル1階		
	受領委任の取扱い をしようとする期間	1年間(ただし、期間満了1か月前までに特段の意思表示がない場合には、期間満了の日の翌日において更に1年間順次更新したものとする。)		
6	金融機関名	東京都庁 銀行 西新宿支店		
	金融機関番号	1 1 1 1	支店番号 2 2 2 2 当座	口座番号 1 普通 3 3 3 3 3 3 3
	フリガナ	トウキョウ タロウ		
7	口座名義	東京 太郎		
	出前5年間(特例 関係通知の適用を 受ける場合は2年 間)における受領委 任の取扱いの中止	有 <input type="radio"/>	中止年月日	無 <input checked="" type="radio"/>

施術管理者の口座の、金融機関番号と支店番号を必ず記入)

・口座が施術管理者名義でない場合(任意団体等を代理人と定める場合)は、委任状(第4号様式)を添付してください。(委任状添付の場合、この申出書の金融機関欄は空欄)

「心身障害者医療費助成制度の施術療養費(はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧)に係る取扱要領」に基づき、受領委任の取扱いについて、上記のとおり申し出ます。

※東京都記入欄

関東信越厚生局 登録年月日	年 月 日
申出日 (收受日)	年 月 日
取扱開始日	年 月 日
団体コード	
委任状	あり ・ なし

東京都知 6 任 所 八王子市八王子1-2-3

令和 4 年 1 月 1 日

申出人 電 話 042 (123) 1111

(施術管理者) 氏 名 東京 太郎

## 記入要領

別記第1号様式 心身障害者医療助成費の受領委任の取扱いに係る申出書

【はり・きゅう・あん摩マッサージ指圧】

### 1 施術管理者に係る情報

#### A 施術管理者登録記号番号／承諾年月日

関東信越厚生局から付番される登録記号番号と承諾年月日を必ずご記入ください。

#### B 医療助成費の種類

受領委任を申し出る医療助成費の種類に、○又はチェックをつけてください。

#### C 他の施術所の施術管理者

1人の施術管理者が、2か所以上の施術所を管理する場合であって、その旨を関東信越厚生局に申し出ている場合に、○又はチェックをつけてください。(該当しない場合は空欄)

- その他、施術管理者氏名／フリガナ、申出する施術の種類の種類番号及び取得年月日をご記入ください。

### 2 施術所に係る情報

#### D 施術所の名称

関東信越厚生局の承諾を受けた施術所の名称をご記入ください。

フリガナについては、施術所名称がひらがな・カタカナであっても、必ずご記入ください。

#### 【出張専門の方の場合】

施術所名称欄には、「施術管理者の方のお名前（出張専門）」をご記入ください。

(記載例：東京 太郎 (出張専門))

(空欄にはせず、必ずご記入ください。)

#### E 施術所の所在地・電話番号

施術所の所在地・電話番号をご記入ください。

#### 【出張専門の方の場合】

施術管理者の方の住所・電話番号(業務に使用する電話番号)をご記入ください。

(空欄にはせず、必ずご記入ください。)

#### F 複数施術管理者

1つの施術所に、はり・きゅう・あん摩マッサージ指圧の種類別に、複数の施術管理者を配置する場合は、○又はチェックを付けてください。(該当しない場合は空欄)

#### G 出張専門施術者

保健所へ、専ら出張のみによりその業務に従事する施術者として届け出ている場合は、○又はチェックを付けてください。(該当しない場合は空欄)

**3** 開設者情報

- ・法人の場合は、法人名称及び代表者の役職氏名／法人所在地をご記入ください。
- ・個人の場合（出張専門の方を含む）は、施術管理者の方のお名前と住所・電話番号をご記入ください。（空欄にはせず、必ずご記入ください。）

**4** 施術管理者名義金融機関

- (1) 医療助成費の振込先を施術管理者本人の口座（本人名義の口座）とする場合
  - ・金融機関名及び支店名をご記入ください。
  - ・金融機関番号、支店番号、口座の種類、口座番号を必ずご記入ください。
  - ・振込先金融機関については、下記「振込口座にかかる注意点」を必ずお読みください。
- (2) 医療助成費の受領事務を委任し、振込先を本人名義以外の口座を指定する場合（※）  
（※加入する施術団体、勤務・所属している法人又は本人以外の個人に対し、医療助成費の受領を委任する場合をいう。）
  - ・別記第4号様式（委任状）を必ず添付してください（振込先口座は、当該委任状に記載する。）。  
→委任状を添付し、振込先を本人以外に指定する場合は、当該『施術管理者名義金融機関欄』は、空欄とする。
- (3) 医療助成費の受領事務を委任するが、振込先は施術管理者（本人名義の口座）とする場合（※）  
（※受領委任の申出に係る事務や支給申請書の作成・都への提出等は委任するが、医療助成費の振込先は本人の口座とする場合）
  - ・本申出書の「施術管理者名義金融機関欄」に、金融機関名及び支店名、金融機関番号、支店番号、口座の種類、口座番号を必ずご記入ください。
  - ・受領事務の委任について、別記第4号様式（委任状）を必ず添付してください（この場合、委任状の振込先金融機関欄は空欄でよい）。

**「振込口座にかかる注意点」**

○振込先として指定できる口座は、東京都の公金取扱のある金融機関の口座に限ります。

➤会計取扱のある金融機関は、下記ホームページ参照のこと。

『東京都公金を納付できる金融機関一覧 | 東京都会計管理局』

<http://www.kaikeikanri.metro.tokyo.jp/koukinshuunou.htm>

又は、検索エンジンにて **東京都 公金 納付** で検索

○金融機関コード、支店番号については、通帳の記載の確認又は直接銀行に問い合わせてください。下記ホームページ参照のこと。

『金融機関コード検索・銀行コード検索』

<https://zengin.ajtw.net/>

又は、検索エンジンにて **金融機関コード検索** で検索

5 申出前 5 年間における受領委任の取扱いの中止

- (1) 申し出ている施術管理者が、過去に受領委任の取扱いの中止を受け、中止後 5 年（特例関係通知の適用を受ける場合は 2 年間）を経過していないときは、当該欄の「有」に○を記入してください。

この場合は、心身障害者医療費助成制度の施術療養費（はり、きゅう及びあん摩マッサージ指圧）に係る取扱要領第 12 の規定に基づき、受領委任の申出をすることはできません。

- (2) 上記(1)以外の場合（申出前 5 年間（特例関係通知の適用を受ける場合は 2 年間）に受領委任の取扱いの中止を受けていない場合）は、当該欄の「無」に○を記入してください。

6 申出人（施設管理者）

受領委任の取扱いを申し出ている、施術管理者の方（御本人）の氏名・住所・電話番号をご記入ください。