

温泉利用施設の皆様へ

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・水俣病被害者手帳）への御協力をお願いします

熊本県では、水俣病被害者の方々の健康上の問題を軽減するために、水俣病総合対策医療事業を実施しています。対象となる方は、医療手帳または水俣病被害者手帳をお持ちの方で、温泉を利用された場合の入浴料を、保険適用外のはり・きゅう治療と合わせて月額7,500円まで公費で負担することができます。

対象の方が、温泉利用施設に対し、温泉入浴料の領収証の発行または別紙記入例のとおり所定の様式（はり・きゅう施術・温泉療養費支給申請書）における証明を求められることがありますので、御協力くださいますようお願いいたします。

なお、対象となる温泉利用施設は、温泉法第15条による知事の許可を受けている施設です。

<証明等の留意点>

- 領収証を発行される場合は、誰が、いつ、温泉を利用され、いくら負担されたのかが分かるように証明されますようお願いいたします。（下記記入例を参照してください）
- 公費で負担できる温泉療養費は御本人の入浴料のみです。宿泊代、部屋代、タオル代などは含まれません。
- 回数券利用の場合は、回数券購入日ではなく、入浴された日に、一回あたりの金額を証明いただく必要がありますので御注意ください。
- 記入例を御参考のうえ、証明等をお願いいたします。

領収証記入例

領 収 証	
熊 本 太 郎 様	入浴料のみの金額を記入し、 但書にその旨御記入ください
金額 ￥500	温泉利用日と領収日が異なる場合は、 利用日も御記入願います
但 入浴料として（水俣温泉（許可番号123））	必ず押印してください （屋号印または領収担 当者印可）
※ 平成〇〇年××月××日利用分	
平成〇〇年××月〇〇日	上記正に領収いたしました
証明者が法人の場合は、 温泉機関名が分かるよう に御記入ください	熊本県水俣市陣内1丁目1-1 株式会社 水俣企画 代表取締役 水俣 太郎 TEL：0966-61-1603
	印

※ご不明な点があれば、熊本県水俣病保健課（TEL：096-333-2284）までお尋ねください。

はり・きゅう施術・温泉療養費支給申請書

年 月 分

申請額	円	(記入不要) 決定額	円
-----	---	---------------	---

はり・きゅう施術・温泉療養費の支給を受けたいので、下記証明を添えて申請します。
平成〇〇年十月**日

申請者 住所：熊本市中央区水前寺6丁目18番1号
氏名：熊本 太郎 (印)
電話番号：096(333)2284
生年月日：明・大・昭 10年10月10日

申請者記入欄

熊本県知事 様

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 水俣病被害者手帳
---------------	--------	------------

受給者番号 △△△△△△△

第15号様式（第9、13、15条関係）

（以下施術・温泉機関が記入）

はり・きゅう施術・温泉療養証明書

対象者 氏名	熊本 太郎		住所	熊本市中央区水前寺6丁目18番1号			
証 明 欄 1	給付日 〇〇年 x月 〇〇日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 併用	4 温泉療養 (温泉入浴)	領収額 500 円
	施術・温泉機関名	水俣温泉	住所	水俣市陣内1丁目1-1		電話番号	0966-61-1603
証 明 欄 2	給付日 〇〇年 x月 〇〇日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 併用	4 温泉療養 (温泉入浴)	領収額 455 円
	施術・温泉機関名	芦北医療対策温泉	住所	葦北郡芦北町芦北2015		電話番号	0966-82-2511
証 明 欄 3	免許番号(はり)	きゅう	氏名又は代表者		水俣 太郎		(印)
	温泉利用許可番号(123)		氏名又は代表者		株式会社 芦北企画		(印)
証 明 欄 4	給付日	給付の別	給付の別	給付の別	給付の別	給付の別	給付の別
	<p><留意点></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 温泉利用施設が、利用される方がお持ちの手帳を確認のうえ、以下の項目を記入し、証明を行ってください。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 給付日（温泉利用日） ・ 給付の別（温泉療養を○で囲む） ・ 領収額（入浴料として領収した額）※宿泊代、部屋代、タオル代などは対象外 ・ 温泉機関名及び代表者名 ・ 住所・電話番号 ・ 温泉利用許可番号（知事（保健所）による許可番号） ○ 上記の項目が確認できるものであれば、ゴム印でも構いません。 ○ 証明印を必ず押印してください。屋号印または領収担当者印でも結構です。 ○ 回数券で利用される場合は、回数券購入日ではなく、利用された日に、1回あたりの金額を証明してください。 ○ 証明欄2のように、証明者が法人の場合でも、併せて温泉機関名も御記入ください。 						
証 明 欄 5	給付日	給付の別	給付の別	給付の別	給付の別	給付の別	給付の別
	<p>施住電免温</p>						
証 明 欄 6	給付日	給付の別	給付の別	給付の別	給付の別	給付の別	給付の別
	<p>施住電免温</p>						

※記載方法等が不明な場合は熊本県水俣病保健課までお尋ねください（096-333-2284）