

＜指定医療機関での診察に係る受診費用の助成について＞

別紙1＜アルコール依存症に関する受診時の留意点について＞に記載の指定医療機関でアルコール依存症に関する診察を受けた方は、申請に基づき、診察に係る自己負担額の2分の1の助成を受けることができます。

1 助成対象者

本通知を受けた方のうち、別紙1に掲げる指定医療機関にてアルコール依存症に関する診察を受けた方

2 助成対象経費

アルコール依存症に関する診察に要した以下の費用

（※ただし、医療保険制度における高額療養費の申請を行う費用は除きます。）

- ・ 初診料
- ・ 検体検査料
- ・ 画像診断料
- ・ 生体検査料
- ・ 精神科専門療法料
- ・ 前各号に掲げるもののほか知事が必要と認める費用

3 助成金額

自己負担額の2分の1

※助成は1回限り

4 申請

（1）助成を希望する場合は、①の交付申請書に②から⑤までの必要書類を添付の上、下記の間合せ・提出先に提出してください。

- ① 福岡県飲酒運転違反者等受診費用助成金交付申請書兼実績報告書（様式第1号（第6条関係））
- ② 領収書の原本
※原本の返却が必要な方は、切手を貼付した返信用封筒を同封してください。
- ③ アルコール依存症に関する受診報告書（様式第1号（第2条関係））
※指定医療機関に提出を依頼した場合を除く。
- ④ 通帳の写し（振込先口座番号等が分かる部分）
- ⑤ その他知事が必要と認めるもの

（2）交付申請書の提出期限

アルコール依存症に関する診察を受けた日の属する年度内

（例）受診日が3月30日の場合

3月31日提出 → 助成の対象

4月1日提出 → 助成の対象外

様式第 1 号（第 6 条関係）

年 月 日

福岡県知事 殿

(申請者)

現住所	〒 ー
ふりがな	
氏 名	(署名または記名押印)
電話番号	

福岡県飲酒運転違反者等受診費用助成金交付申請書兼実績報告書

福岡県飲酒運転違反者等受診費用助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき、関係書類を添えて申請します。

記

1 申請する助成金

指定医療機関によるアルコール依存症に関する診察に要した費用の一部
(自己負担額の 2 分の 1)

指定医療機関名	
受 診 年 月 日	年 月 日

2 振込先口座

振 込 先 口 座	金融機関			本・支店名等				種別	口座番号						
	銀行等	銀行 信用金庫 組合						1 普通 2 当座							
	ゆうちょ銀行	記号						番号							
	ふりがな														
	口座名義人														

※振込先口座に記載された内容の確認のため、上記の記載内容が分かる部分の通帳の写しを添付してください。

3 誓約事項

次の事項を誓約します。

- (1) 申請者は、暴力団による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）に規定する暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者ではありません。また、審査の際、県が関係機関に照会することに同意します。
- (2) この助成金の交付申請は今回1回限りであり、2回目以降の指定医療機関によるアルコール依存症に関する診察を受けた際に要した費用の助成を受けることができないことを理解しました。
- (3) この交付申請に係るアルコール依存症に関する診察を受けた際に要した費用については、医療保険制度における高額療養費を申請しません。

申請者名 _____

(署名または記名押印)

(添付書類)

- 1 指定医療機関が発行したアルコール依存症に関する診察を受けた際に要した費用に係る領収書（原本）
※原本の返却が必要な方は、切手を貼付した返信用封筒
- 2 アルコール依存症に関する受診報告書
※指定医療機関に提出を依頼した場合を除く
- 3 通帳の写し（振込先口座番号等が分かる部分）
※申請者本人の口座でない場合、事前にご連絡ください。
- 4 その他知事が必要と認めるもの