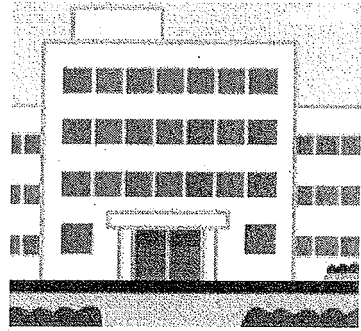
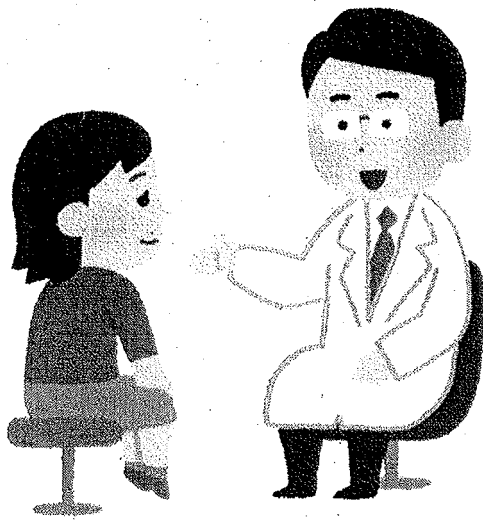


生活保護法および中国残留邦人等支援法

指定医療機関等のしおり



柏市 福祉部 生活支援課



目次



第1章 生活保護について

- 1 生活保護とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 2 保護の種類・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2

第2章 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律について

- 1 支援給付の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第3章 医療扶助の流れについて

- 1 医療扶助の申請から決定まで・・・・・・・・・・・・・・・・ 4

第4章 指定医療機関について

- 1 指定医療機関とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 2 指定の申請・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 3 指定基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
- 4 指定申請の手続き・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
- 5 指定の有効期間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
- 6 指定年月日・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8
- 7 指定医療機関に対する指導について・・・・・・・・ 9
- 8 指定医療機関に対する立入検査について・・・・ 9
- 9 指定医療機関の遵守事項について・・・・・・・・ 10
- 10 医療（給付）要否意見書，医療券について・・・・ 10

第5章 指定施術者について

- 1 指定施術者とは・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
- 2 指定基準・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 11
- 3 指定申請の手続き・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 12
- 4 施術の給付内容について・・・・・・・・・・・・・・・・ 13

<資料編>

- 生活保護法・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 15
- 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律・・・・ 20
- 指定医療機関医療担当規程・・・・・・・・・・・・・・・・ 22

<様式編>

| | | |
|----------------|-------------|----|
| 生活保護法指定医療機関 | 指定・指定更新申請書 | 26 |
| | 変更届書 | 30 |
| | 廃止届書 | 32 |
| | 指定辞退届書 | 34 |
| | 再開届書 | 36 |
| | 処分届書 | 38 |
| 生活保護法指定助産機関 | ・ 施術機関指定申請書 | 40 |
| 医療要否意見書 | (入院外) | 44 |
| 医療要否意見書 | (入院) | 45 |
| 精神疾患入院要否意見書 | | 46 |
| 訪問看護要否意見書 | | 47 |
| おむつ要否意見書 | | 48 |
| 給付要否意見書 | (治療材料) | 49 |
| 給付要否意見書 | (移送) | 50 |
| 給付要否意見書 | (柔道整復) | 51 |
| 給付要否意見書 | (はり・きゅう) | 52 |
| 給付要否意見書 | (あん摩・マッサージ) | 53 |
| 施術券及び施術報酬請求明細書 | (柔道整復) | 54 |
| 施術券及び施術報酬請求明細書 | (はり・きゅう) | 55 |
| 施術券及び施術報酬請求明細書 | (あん摩・マッサージ) | 56 |

第1章 生活保護について

1 生活保護とは

誰でも病気になったり、仕事を失ったり、その他いろいろな事情で収入が少なくなり、生活が苦しくなることがあります。

生活保護とは憲法第25条（生存権）の規定に基づき、健康で文化的な最低限度の生活を保障するため、ご家庭（世帯）の生活を援助し、様々な自立に向けた支援をすることを目的とした制度です



（1）保護の原則

① 申請保護の原則

生活保護は、ご本人、扶養義務者、その他の同居の親族等の申請により開始します。また、成年後見人（保佐人、補助人は含まない。）は本人に代わって申請を行うことができます。

② 基準・程度の原則、必要即応の原則

生活保護の金額は、国で決められた基準により定められます。年齢・世帯構成・所在地域・健康状態等により、それぞれに必要な保護を有効かつ適切に行います。

③ 世帯単位の原則

生活保護は、生計を共にしている世帯を単位として適用します。また、住民登録地を基準とせず、生活の拠点で判断して行います。

（2）保護を受けるには

生活保護は、次のような資産・能力・扶養その他の制度等、活用できるものは活用することが必要です。



① 資産の活用について

保有する現金や預貯金は活用します。また、生命保険、有価証券、貴金属、土地、家屋等の不動産、自動車やバイク等の資産は、解約・売却をし、生活費として活用します。

② 能力の活用について

働くことができる方はその能力に応じて、働いて収入を得ます。病気や障害等により働くことが難しい方は、医師等の意見を参考にして、療養に専念する等、生活の維持向上に努めます。

③ 扶養義務者からの援助の活用について

両親、兄弟姉妹、子ども等から援助を受けることができる方は、援助を受けます。なお、保護申請があったときや保護受給中においても、個々の状況により扶養義務者（両親・兄弟姉妹・子ども等）の方々に対し、援助の可否についてお伺いします。

④ 他制度の活用について

年金や各種手当等、生活保護以外の制度が活用できる場合は、まずそれらを優先して活用します。

例えば…

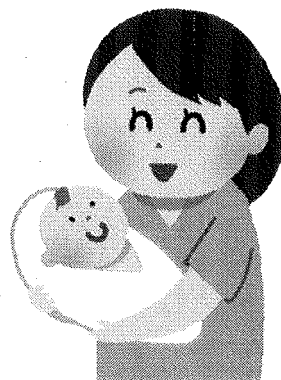
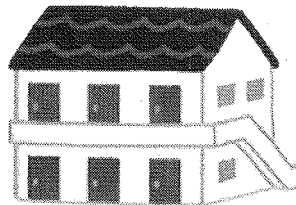
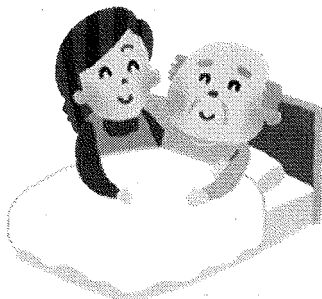
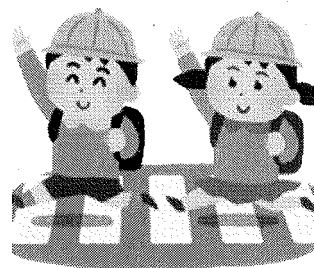
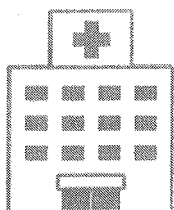
公的年金・雇用保険・傷病手当・健康保険・児童手当・児童扶養手当・自立支援医療（精神通院・更生医療・育成医療）・指定難病医療費助成制度等

2 保護の種類

保護はその内容によって8種類の扶助に分けられています。

生活扶助、教育扶助、住宅扶助、医療扶助、介護扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助の8種類です。

それぞれの扶助は、2種類以上同時に支給される場合もあれば、医療扶助のみ支給される場合もあります。



第2章 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律 について

※以下、「中国残留邦人等支援法」という

1 支援給付の概要

この制度は、先の大戦に起因して生じた混乱等により、本邦に引き上げることができず、引き続き本邦以外の地域に居住することを余儀なくされた中国残留邦人等を対象に、平成20年4月1日から実施されている生活保護とは異なる新たな制度です。

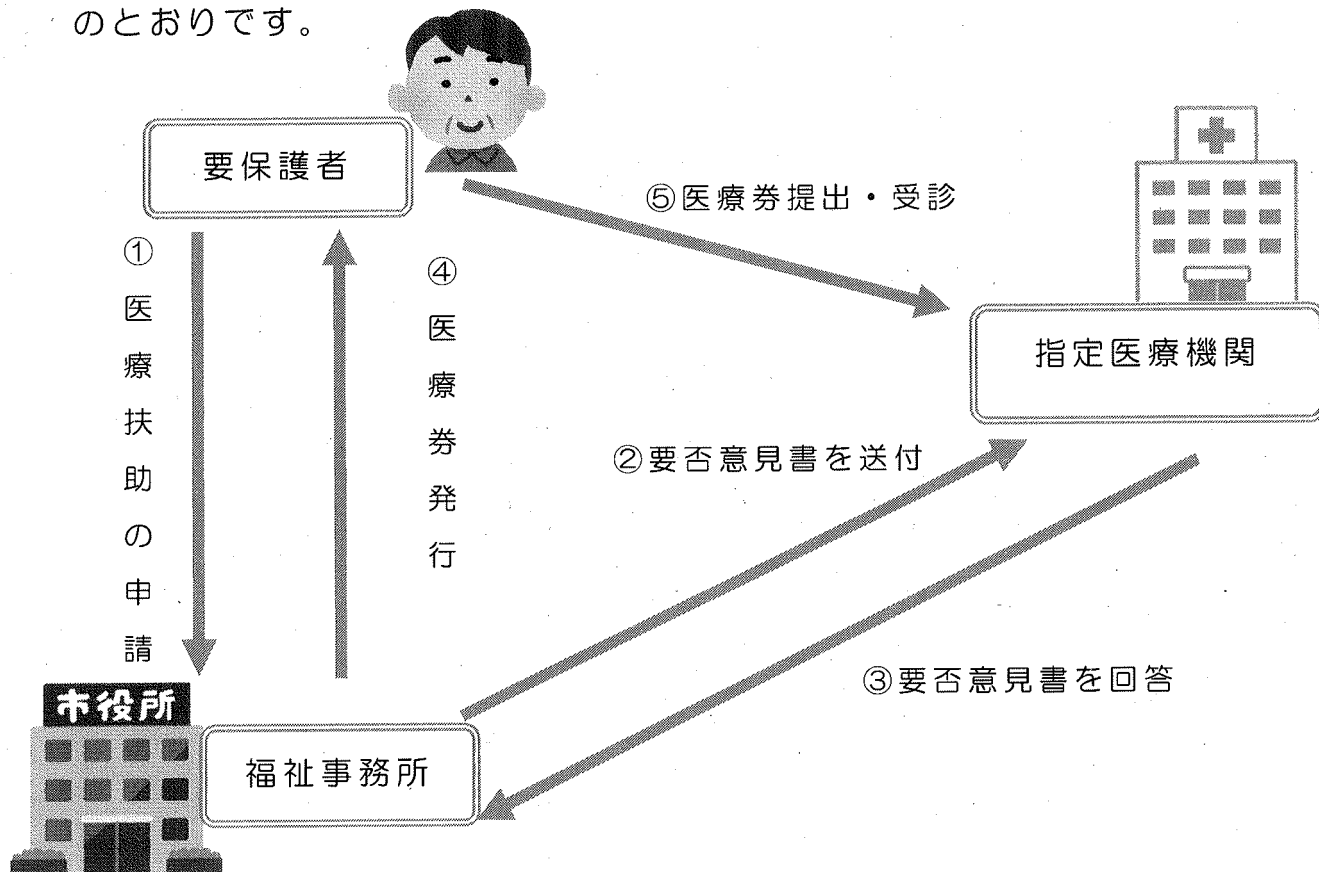
中国残留邦人等に対して、老齢基礎年金を満額支給してもなお生活の安定が十分に図れない場合に、その中国残留邦人等及びその配偶者に支給されるものです。支援給付は中国残留邦人等支援法第14条第4項の規定に基づき、生活保護法に準じた取り扱いとなります。



第3章 医療扶助の流れについて

1 医療扶助の申請から決定まで

医療扶助又は医療支援給付(中国残留邦人)の一般的な事務手続きは次のとおりです。



① 医療扶助・医療支援給付の申請

医療扶助を受ける者は、まず福祉事務所長(柏市福祉事務所)に対して申請を行います。しかし、急迫した状況にある場合は、申請がなくても福祉事務所長の職権により保護が行われます。

②, ③ 医療の要否の確認

申請を受けた福祉事務所長は、要否意見書を指定医療機関に送付し医師の意見を徴して、医療扶助の要否を確認します。

④, ⑤ 医療扶助の決定、医療券の発行

福祉事務所長は、回答があった要否意見書をもとに嘱託医と協議を行い、医療扶助を決定します。決定後、医療券を発行します。

第4章 指定医療機関について

1 指定医療機関とは

生活保護受給者, 中国残留邦人を診療等するにあたり, 都道府県知事, 指定都市または中核市の市長が指定した病院、診療所, 訪問看護事業所, 薬局のことです。

2 指定の申請

開設者からの申請により, 柏市長が指定することとされています。

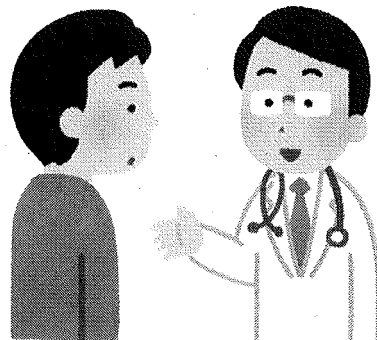
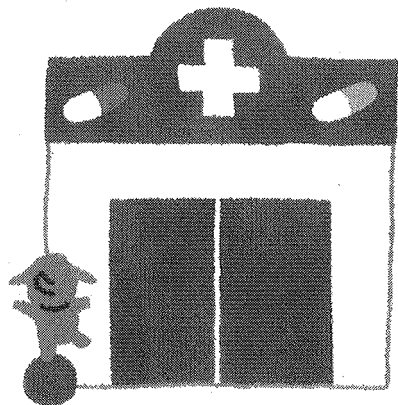
3 指定基準

次の要件を満たす場合, 柏市長が指定します。

- (1) 生活保護法第49条の2第2項各号のいずれにも該当しないこと (資料編 P15 参照)
- (2) 医療扶助に基づく医療等について理解を有していると認められること
- (3) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2に規定する内容の医療を行う医療機関にあっては, 同法第38条第1項の規定による指定 (資料編 P20 参照)

※ただし、生活保護法第49条の2第3項各号のいずれかに該当する医療機関については、生活保護法による指定を行わない場合があります。

(資料編 P16 参照)



4 指定申請の手続き

新規・更新申請や変更等の場合、下記のとおり書類の提出が必要となります。

| 届出が必要な場合 | 指定 (更新) 申請書 ※誓約書 もご提出 ください | 変更届 | 廃止届 | 休止届 | その他 |
|---|---|----------------------------------|-----|-----|-----|
| 医療機関等（病院，診療所，薬局，訪問看護ステーション）が新たに生活保護法の指定を受けるとき | ○ | | | | |
| 医療機関等で指定の有効期間が終了するとき | ○ | | | | |
| 開設者が変わり（個人⇔法人等），医療機関コードが変更となったとき | ○ | | | | |
| 医療機関等の種別が変わったとき （病院⇔診療所等） | ○ | | | | |
| 移転等で医療機関等の所在地が変わり，医療機関コードが変更となったとき | | | | | |
| 医療機関等の名称，地番が変更となったとき | | ○ ※事由発生後， 10日以内に届出 必要です | | | |
| 開設者の住所が変更になったとき | | | | | |
| 開設者（法人）の名称が変更になったとき | | | | | |
| 管理者が変更になったとき | | | | | |
| 管理者の名前，住所が変更になったとき | | | | | |

| 届出が必要な場合 | 指定 (更新) 申請書 ※誓約書 もご提出 ください | 変更届 | 廃止届 | 休止届 | その他 |
|-------------------------------------|---|-----|-----|----------------------------------|-----------------------|
| 医療機関等を休止するとき | | | | ○ ※事由発生後、 10日以内に届出 必要です | |
| 休止していた医療機関等を再開するとき | | | | | 再開届 |
| 医療機関等が生活保護法施行規則第14条第3項に規程する処分を受けたとき | | | | | 処分届 |
| 生活保護法による指定を辞退するとき | | | | | 辞退届 ※30日以上の予告期間が必要 |

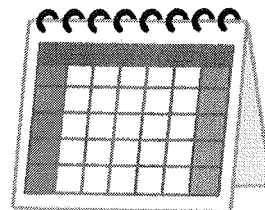
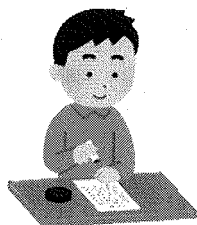


提出先
〒277-8505 柏市柏5-10-1
柏市役所福祉部生活支援課

ホーム > くらし > 相談・サポート > 生活保護・生活困窮 > 生活保護法指定医療機関・指定介護機関・指定施術者の申請について

柏市のホームページに様式があります

5 指定の有効期間



(1) 指定の更新

生活保護法による医療機関の指定は、6年毎に更新が必要です。

(2) 更新手続きの方法

指定の更新時期が近づいたら、柏市より更新のご案内と更新申請書類を該当医療機関に送付します。提出期限までにご提出ください。更新の申請をしなかった場合は指定が失効しますのでご注意ください。なお、以下に該当する場合は更新手続きが不要です。

(生活保護法第49条の3第4項の規程の医療機関)

- ・医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
- ・医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日から概ね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師及びそのものと同じの世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの

※指定の有効期限の前6月から前3月の間に、別段の申出がないときは、申請があったともものとみなし、更新を行います。

(資料編 P17 参照)

6 指定年月日について

指定年月日は、福祉事務所が受理した月の1日となります。ただし、健康保険法等他法の指定を要件とする医療機関については、他法による指定日以降の指定年月日となります。

(例)

申請書受理日：令和5年4月20日→指定日：令和5年4月1日
※ただし、保険医療機関としての「指定の期間」が「令和5年4月5日から」となっている場合、生活保護法の指定医療機関としての指定年月日は令和5年4月5日となります。

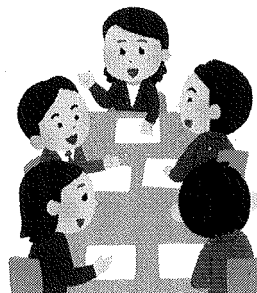
7 指定医療機関に対する指導について

(1) 目的

指定医療機関に対する指導は、生活保護法による医療の給付の適正化を図り、被保護者の処遇向上と自立助長に資することを目的としています。

(2) 対象

柏市内のすべての指定医療機関



(3) 内容

柏市医系職員（嘱託医）1名と柏市事務職員により、生活保護受給者の医療給付に関する事務及び診療状況等について診療録その他の帳簿書類等を閲覧し、お話を伺います。

8 指定医療機関に対する立入検査について

(1) 目的

立入検査は、被保護者に係る診療内容及び診療報酬請求の適否を調査し、医療扶助の適正な実施を図るため次により実施します。

(2) 対象

- ① 診療内容又は診療報酬の請求に不正又は不当があると疑うに足りる理由が認められる指定医療機関
- ② 正当な理由がなく、個別指導を受けることを拒否した指定医療機関
- ③ 個別指導の結果、特に必要があると認められる指定医療機関

(3) 内容

柏市医系職員（嘱託医）1名と柏市事務職員2名以上により編成する検査班が、明細書等、診療録その他の帳簿書類の照合、設備等の調査により実地にて行います。

9 指定医療機関の遵守事項について

生活保護法及び中国残留邦人等支援法により指定された指定医療機関は、次の事項を守っていただくことになります。

(1) 医療を担当するにあたり遵守事項があります

- ① 受けた患者について誠実かつ適切に医療を担当してください。
- ② 指定医療機関医療担当規程を守っていただく必要があります
(資料編 P22 参照)

(2) 指導等に従う必要があります

指定医療機関は患者の医療について厚生労働大臣又は都道府県知事等(柏市長含む)の行う指導に従ってください。

(3) 届出を行う必要があります

6, 7 ページのような事由が生じた場合には、同表に記載されている届出を速やかに行ってください。

(4) 標示を行う必要があります

患者の見やすい所に生活保護法指定医療機関であることを掲示してください。

10 医療(給付)要否意見書、医療券について

(1) 医療(給付)要否意見書の記載

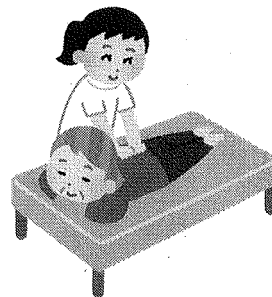
医療の給付決定は、「医療(給付)要否意見書」の内容に従って行います。病状や見込期間等について記入していただく必要があります。意見書を受領しましたら、医療券を発送いたします。

(様式編 P43~参照)

なお、指定医療機関担当規定第7条に基づき、無償の作成となります。

(2) 医療券・調剤券内容の確認

医療費、薬剤費の請求は、柏市福祉事務所から送付された医療券・調剤券に基づき、健康保険等で使用している「診療報酬明細書」に氏名・公費負担者番号・受給者番号などを転記し、診療報酬支払基金に請求をします。必ず医療券・調剤券の内容を確認していただいた後に、診療報酬明細書による請求を行ってください。



第5章 指定施術者について

1 指定施術者とは

生活保護受給者、中国残留邦人を施術するにあたり、都道府県知事、指定都市または中核市の市長が指定した柔道整復師、あん摩マッサージ指圧師、はり・きゅう師のことです。

2 指定基準

生活保護法による指定施術者は、次の要件を満たす場合に柏市長が指定します。

(1) 生活保護法第49条の2第2項各号のいずれにも該当しないこと（第一号、第四号ただし書き、第七号及び第九号を除く。）

(資料編 P15 参照)

(2) 医療扶助に基づく医療等について理解を有しているとみとめられること

(3) 柔道整復師、あん摩・マッサージ指圧師、はり・きゅう指圧師の免許証を交付されていること

(4) 施術所を開設している場合は開設を届け出ていること

※ただし、生活保護法第49条の2第3項各号のいずれかに該当する施術者については、生活保護法による指定を行わない場合があります。(資料編 P16 参照)

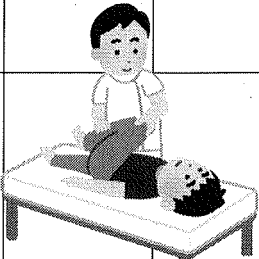


3 指定申請の手続き

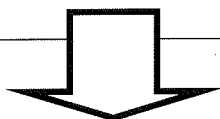
新規申請や変更等の場合, 下記のとおり書類の提出が必要となります。

(1) 柔道整復、あん摩・マッサージ、はり・きゅうの指定は施術者ごとの指定になります。

(2) 新たに指定を受けようとする施術者は、申請用紙及び誓約書に所定の事項を記載し、施術の免許証の写しを添付して、提出してください。

| 届出が必要な場合 | 指定 申請書 ※誓約書 もご提出 ください | 変更届 | 廃止届 | 休止届 | その他 |
|--|-----------------------------------|-----|-----|--|-----|
| 施術者等（助産師，柔道整復師，あん摩マッサージ師，はり師，きゅう師）が新たに生活保護法の指定を受けるとき | ○ | | |  | |
| 改姓により施術者等の名前が変わったとき | | ○ | | | |
| 転居により施術者等の住所が変わったとき(市外への転居を除く) | | ○ | | | |
| 施術者等の勤務する助産所又は施術所が変わったとき | | ○ | | | |
| 施術者等が死亡した場合 | | | ○ | | |
| 施術者等が業務を廃止した場合 | | | ○ | | |
| 施術者等が市外に転居した場合(転居先で新たに指定申請が必要です) | | | ○ | | |

| | | | | | |
|------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------|-------------------------|
| 施術者が業務を休止するとき | | | | ○ ※事由発生後、 10日以内に届出 が必要です | |
| 休止していた業務を再開するとき | | | | | 再開届 |
| 施術者等が生活保護法施行規則第14条第3項に規程する処分を受けたとき | | | | | 処分届 |
| 生活保護法による指定を辞退するとき | | | | | 辞退届 ※30日以上の予告期間が必要です |



提出先

〒277-8505 柏市柏5-10-1
柏市役所福祉部生活支援課

様式の取得方法は P7 参照



4 施術の給付内容について

(1) 給付の範囲は、柔道整復、あん摩マッサージ、はり・きゅうであり、必要最小限度の施術を原則としています。

※はり・きゅうについて

◇慢性病であって、医師による適当な治療手段がないものを対象としますが、指定医療機関の医療の給付が行われている期間は、その疾病にかかる施術は給付の対象とはなりません。

※あん摩・マッサージについて

◇投薬その他の治療によって効果がなく、施術が絶対不可欠である場合に限り認められます。単なる肩こり又は慰安は認められません。

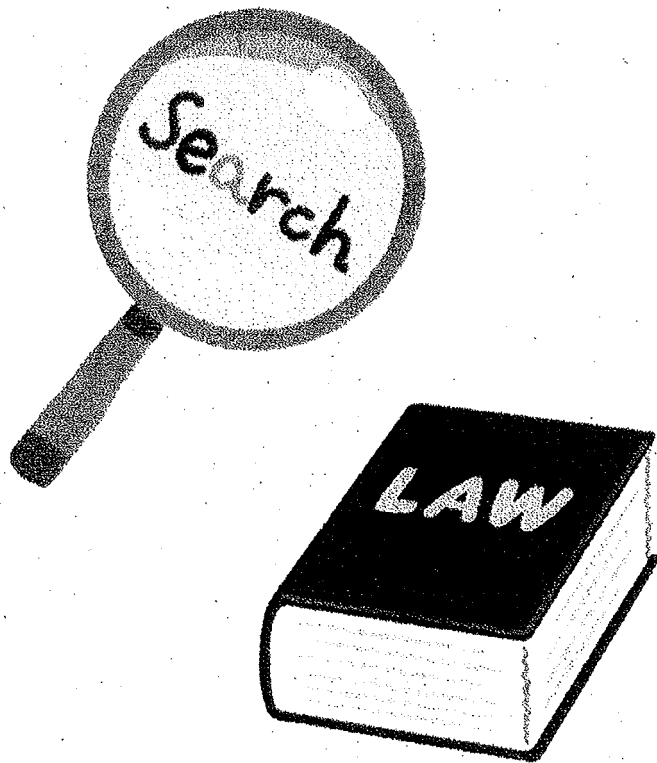
(2) 給付要否意見書により指定施術者から意見を求め、この意見等をもとに給付の要否を決定します。

※原則3か月を超えて施術を必要とするときは、3か月ごとに給付要否意見書の提出が必要です。

決定後、柏市より請求書を発行しますので、柏市に直接請求をして下さい。(様式は様式編 P53～参照)

| | 柔道整復 | はり・きゅう | あんま・マッサージ |
|----------------|--|--|---|
| 医師の同意の 必要性 | <p>必要</p> <p>ただし、柔道整復師が打撲又は捻挫の患部に手当をする場合及び脱臼又は骨折の患部に応急手当をする場合は医師の同意は不要。</p> | <p>必要</p> | <p>必要</p> <p>変形徒手矯正術に係る医師の同意の有効期限は1か月です。</p> |
| 給付要否意見書の 提出 | <p>3か月を超えて施術を必要とするときは、3か月ごとに給付要否意見書の提出が必要です。</p> | <p>3か月を超えて施術を必要とするときは、3か月ごとに給付要否意見書の提出が必要です。</p> | <p>3か月を超えて施術を必要とするときは、3か月ごとに給付要否意見書の提出が必要です。</p> <p>ただし、変形徒手矯正術の場合は毎月給付要否意見書の提出が必要です。</p> |

資料編



生活保護法

(医療機関の指定)

第四九条 厚生労働大臣は、国の開設した病院若しくは診療所又は薬局について、都道府県知事は、その他の病院若しくは診療所（これらに準ずるものとして政令で定めるものを含む。）又は薬局について、この法律による医療扶助のための医療を担当させる機関を指定する。

(指定の申請及び基準)

第四九条の二 厚生労働大臣による前条の指定は、厚生労働省令で定めるところにより、病院若しくは診療所又は薬局の開設者の申請により行う。

2 厚生労働大臣は、前項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、前条の指定をしてはならない。

一 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が、健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関又は保険薬局でないとき。

二 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

三 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

四 申請者が、第五十一条第二項の規定により指定を取り消され、その取消の日から起算して五年を経過しない者（当該取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日前六十日以内に当該指定を取り消された病院若しくは診療所又は薬局の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して五年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該指定の取消しの処分の理由となつた事実に関して申請者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

五 申請者が、第五十一条第二項の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法第十五条の規定による通知があつた日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第五十一条

第一項の規定による指定の辞退の申出をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

六 申請者が、第五十四条第一項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第五十一条第二項の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより厚生労働大臣が当該申請者に当該検査が行われた日から十日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第五十一条第一項の規定による指定の辞退の申出をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

七 第五号に規定する期間内に第五十一条第一項の規定による指定の辞退の申出があつた場合において、申請者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）が、同号の通知の日前六十日以内に当該申出に係る病院若しくは診療所又は薬局の管理者であつた者で、当該申出の日から起算して五年を経過しないものであるとき。

八 申請者が、指定の申請前五年以内に被保護者の医療に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

九 当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局の管理者が第二号から前号までのいずれかに該当する者であるとき。

3 厚生労働大臣は、第一項の申請があつた場合において、当該申請に係る病院若しくは診療所又は薬局が次の各号のいずれかに該当するときは、前条の指定をしないことができる。

一 被保護者の医療について、その内容の適切さを欠くおそれがあるとして重ねて第五十条第二項の規定による指導を受けたものであるとき。

二 前号のほか、医療扶助のための医療を担当させる機関として著しく不適當と認められるものであるとき。

4 前三項の規定は、都道府県知事による前条の指定について準用する。この場合において、第一項中「診療所」とあるのは「診療所（前条の政令で定めるものを含む。次項及び第三項において同じ。）」と、第二項第一号中「又は保険薬局」とあるのは「若しくは保険薬局又は

厚生労働省令で定める事業所若しくは施設」と読み替えるものとする。

(指定の更新)

第四九条の三 第四十九条の指定は、六年ごとにその更新を受けなければ、その期間の経過によつて、その効力を失う。

2 前項の更新の申請があつた場合において、同項の期間（以下この条において「指定の有効期間」という。）の満了の日までにその申請に対する処分がされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその処分がされるまでの間は、なおその効力を有する。

3 前項の場合において、指定の更新がされたときは、その指定の有効期間は、従前の指定の有効期間の満了の日の翌日から起算するものとする。

4 前条及び健康保険法第六十八条第二項の規定は、第一項の指定の更新について準用する。この場合において、必要な技術的読替えは、政令で定める。

(指定医療機関の義務)

第五〇条 第四十九条の規定により指定を受けた医療機関（以下「指定医療機関」という。）は、厚生労働大臣の定めるところにより、懇切丁寧に被保護者の医療を担当しなければならない。

2 指定医療機関は、被保護者の医務について、厚生労働大臣又は都道府県知事の行う指導に従わなければならない。

(変更の届出等)

第五〇条の二 指定医療機関は、当該指定医療機関の名称その他厚生労働省令で定める事項に変更があつたとき、又は当該指定医療機関の事業を廃止し、休止し、若しくは再開したときは、厚生労働省令で定めるところにより、十日以内に、その旨を第四十九条の指定をした厚生労働大臣又は都道府県知事に届け出なければならない。

(指定の辞退及び取消し)

第五一条 指定医療機関は、三十日以上予告期間を設けて、その指定を辞退することができる。

2 指定医療機関が、次の各号のいずれかに該当するときは、厚生労働大臣の指定した医療機関については厚生労働大臣が、都道府県知事の指定した医療機関については都道府県知事が、その指定を取り消

し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

一 指定医療機関が、第四十九条の二第二項第一号から第三号まで又は第九号のいずれかに該当するに至つたとき。

二 指定医療機関が、第四十九条の二第三項各号のいずれかに該当するに至つたとき。

三 指定医療機関が、第五十条又は次条の規定に違反したとき。

四 指定医療機関の診療報酬の請求に関し不正があつたとき。

五 指定医療機関が、第五十四条第一項の規定により報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命ぜられてこれに従わず、又は虚偽の報告をしたとき。

六 指定医療機関の開設者又は従業者が、第五十四条第一項の規定により出頭を求められてこれに應ぜず、同項の規定による質問に対して答弁せず、若しくは虚偽の答弁をし、又は同項の規定による検査を拒み、妨げ、若しくは忌避したとき。ただし、当該指定医療機関の従業者がその行為をした場合において、その行為を防止するため、当該指定医療機関の開設者が相当の注意及び監督を尽くしたときを除く。

七 指定医療機関が、不正の手段により第四十九条の指定を受けたとき。

八 前各号に掲げる場合のほか、指定医療機関が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるもの又はこれらの法律に基づく命令若しくは処分に違反したとき。

九 前各号に掲げる場合のほか、指定医療機関が、被保護者の医療に関し不正又は著しく不当な行為をしたとき。

霜肯指定医療機関の管理者が指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止をしようとするとき前五年以内に被保護者の医療に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

(診療方針及び診療報酬)

第五二条 指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、国民健康保険の診療方針及び診療報酬の例による。

2 前項に規定する診療方針及び診療報酬によることのできないとき、及びこれによることを適当としないときの診療方針及び診療報酬は、厚生労働大臣の定めるところによる。

(医療費の審査及び支払)

第五三条 都道府県知事は、指定医療機関の診療内容及び診療報酬の請求を随時審査し、且つ、指定医療機関が前条の規定によつて請求することのできる診療報酬の額を決定することができる。

2 指定医療機関は、都道府県知事の行う前項の決定に従わなければならない。

3 都道府県知事は、第一項の規定により指定医療機関の請求することのできる診療報酬の額を決定するに当つては、社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律第二百二十九号）に定める審査委員会又は医療に関する審査機関で政令で定めるものの意見を聴かなければならない。

4 都道府県、市及び福祉事務所を設置する町村は、指定医療機関に対する診療報酬の支払に関する事務を、社会保険診療報酬支払基金又は厚生労働省令で定める者に委託することができる。

5 第一項の規定による診療報酬の額の決定については、審査請求をすることができない。

(報告等)

第五四条 都道府県知事（厚生労働大臣の指定に係る指定医療機関については、厚生労働大臣又は都道府県知事）は、医療扶助に関して必要があると認めるときは、指定医療機関若しくは指定医療機関の開設者若しくは管理者、医師、薬剤師その他の従業者であつた者（以下この項において「開設者であつた者等」という。）に対して、必要と認める事項の報告若しくは診療録、帳簿書類その他の物件の提出若しくは提示を命じ、指定医療機関の開設者若しくは管理者、医師、薬剤師その他の従業者（開設者であつた者等を含む。）に対し出頭を求め、又は当該職員に、関係者に対して質問させ、若しくは当該指定医療機関について実地に、その設備若しくは診療録、帳簿書類その他の物件を検査させることができる。

2 第二十八条第三項及び第四項の規定は、前項の規定による検査について準用する。

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

(結核患者の医療)

第三十七条の二 都道府県は、結核の適正な医療を普及するため、その区域内に居住する結核患者又はその保護者から申請があったときは、当該結核患者が結核指定医療機関において厚生労働省令で定める医療を受けるために必要な費用の百分の九十五に相当する額を負担することができる。

2 前項の申請は、当該結核患者の居住地を管轄する保健所長を経由して都道府県知事に対してしなければならない。

3 都道府県知事は、前項の申請に対して決定をするには、当該保健所について置かれた第二十四条第一項に規定する協議会の意見を聴かななければならない。

4 第一項の申請があつてから六月を経過したときは、当該申請に基づく費用の負担は、打ち切られるものとする。

(感染症指定医療機関)

第三十八条 特定感染症指定医療機関の指定は、その開設者の同意を得て、当該病院の所在地を管轄する都道府県知事と協議した上、厚生労働大臣が行うものとする。

2 第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関の指定は、厚生労働大臣の定める基準に適合する病院（結核指定医療機関にあつては、病院若しくは診療所（第六条第十六項の政令で定めるものを含む。）又は薬局）について、その開設者の同意を得て、都道府県知事が行うものとする。

3 感染症指定医療機関は、厚生労働大臣の定めるところにより、前二条の規定により都道府県が費用を負担する感染症の患者及び新感染症の所見がある者の医療を担当しなければならない。

4 特定感染症指定医療機関は、第三十七条第一項各号に掲げる医療のうち新感染症の所見がある者並びに一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者に係る医療について、厚生労働大臣が行う指導に従わなければならない。

5 第一種感染症指定医療機関は、第三十七条第一項各号に掲げる医療のうち一類感染症、二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の

患者に係る医療について、厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が行う指導に従わなければならない。

6 第二種感染症指定医療機関は、第三十七条第一項各号に掲げる医療のうち二類感染症及び新型インフルエンザ等感染症の患者に係る医療について、厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が行う指導に従わなければならない。

7 結核指定医療機関は、前条第一項に規定する医療について、厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が行う指導に従わなければならない。

8 感染症指定医療機関は、その指定を辞退しようとするときは、辞退の日の一年前（結核指定医療機関にあつては、三十日前）までに、特定感染症指定医療機関については厚生労働大臣に、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関については都道府県知事にその旨を届け出なければならない。

9 感染症指定医療機関が、第三項から第七項までの規定に違反したとき、その他前二条に規定する医療を行うについて不相当であると認められるに至ったときは、特定感染症指定医療機関については厚生労働大臣、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関については都道府県知事は、その指定を取り消すことができる。

指定医療機関医療担当規程

(昭和二十五年八月二十三日)

(厚生省告示第二百二十二号)

生活保護法(昭和二十五年法律第百四十四号)第五十条第一項の規定により、指定医療機関医療担当規程を次のとおり定める。

指定医療機関医療担当規程

(指定医療機関の義務)

第一条 指定医療機関は、生活保護法(以下「法」という。)に定めるところによるのほか、この規程の定めるところにより、医療を必要とする被保護者(以下「患者」という。)の医療を担当しなければならない。

(医療券及び初診券)

第二条 指定医療機関は、保護の実施機関の発給した有効な医療券(初診券を含む。以下同じ。)を所持する患者の診療を正当な事由がなく拒んではならない。

第三条 指定医療機関は、患者から医療券を提出して診療を求められたときは、その医療券が、その者について発給されたものであること及びその医療券が有効であることをたしかめた後でなければ診療をしてはならない。

(診療時間)

第四条 指定医療機関は、自己の定めた診療時間において診療するほか、患者がやむを得ない事情により、その診療時間に診療を受けることができないときは、患者のために便宜な時間を定めて診療しなければならない。

(援助)

第五条 指定医療機関が、患者に対し次に掲げる範囲の医療の行われることを必要と認めたときは、速やかに、患者が所定の手続をすることができるよう患者に対し必要な援助を与えなければならない。

- 一 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 二 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

三 移送

四 歯科の補てつ

(後発医薬品)

第六条 指定医療機関の医師又は歯科医師(以下「医師等」という。)は、投薬又は注射を行うに当たり、後発医薬品(法第三十四条第三項に規定する後発医薬品をいう。以下同じ。)の使用を考慮するよう努めるとともに、投薬を行うに当たつては、医学的知見に基づき後発医薬品を使用することができることを認められた場合には、原則として、後発医薬品により投薬を行うものとする。

2 指定医療機関である薬局は、後発医薬品の備蓄に関する体制その他の後発医薬品の調剤に必要な体制の確保に努めなければならない。

3 指定医療機関である薬局の薬剤師は、処方せんに記載された医薬品に係る後発医薬品が保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号)第九条の規定による厚生労働大臣の定める医薬品である場合であつて、当該処方せんを発行した医師等が後発医薬品への変更を認めているときは、患者に対して、後発医薬品に関する説明を適切に行わなければならない。この場合において、指定医療機関である薬局の薬剤師は、原則として、後発医薬品を調剤するものとする。

(証明書等の交付)

第七条 指定医療機関は、その診療中の患者及び保護の実施機関から法による保護につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。

2 指定医療機関は、患者の医療を担当した場合において、正当な理由がない限り、当該医療に関する費用の請求に係る計算の基礎となつた項目ごとに記載した明細書を無償で交付しなければならない。

(診療録)

第八条 指定医療機関は、患者に関する診療録に、国民健康保険の例によつて医療の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

(帳簿)

第九条 指定医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及び書類を完結の日から五年間保存しなければならない。

(通知)

第十条 指定医療機関が、患者について左の各号の一に該当する事実のあることを知つた場合には、すみやかに、意見を附して医療券を発給した保護の実施機関に通知しなければならない。

- 一 患者が正当な理由なくして、診療に関する指導に従わないとき。
- 二 患者が詐偽その他不正な手段により診療を受け、又は受けようとしたとき。

(指定訪問看護事業者等に関する特例)

第十一条 指定医療機関である健康保険法(大正十一年法律第七十号)第八十八条第一項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法(平成九年法律第百二十三号)第四十一条第一項に規定する指定居宅サービス事業者(同法第八条第四項に規定する訪問看護を行う者に限る。)若しくは同法第五十三条第一項に規定する指定介護予防サービス事業者(同法第八条の二第三項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。)にあつては、第五条の規定は適用せず、第八条中「関する診療録」とあるのは「対する指定訪問看護の提供に関する諸記録」と、「国民健康保険の例によつて」とあるのは「国民健康保険又は後期高齢者医療の例によつて」と、「診療録と」とあるのは「諸記録と」と、それぞれ読み替えて適用するものとする。

(薬局に関する特例)

第十二条 指定医療機関である薬局にあつては、第五条の規定は適用せず、第八条中「診療録」とあるのは「調剤録」と読み替え適用するものとする。

(準用)

第十三条 第一条から第十条までの規定は、医療保護施設が患者の診療を担当する場合に、第一条から第五条まで、第七条第一項及び第八条から第十条までの規定は、指定助産機関又は指定施術機関が被保護者の助産又は施術を担当する場合に、それぞれ準用する。

附 則

この規程は、昭和二十五年八月二十三日から施行する。

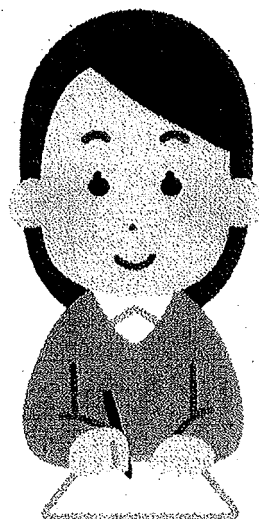
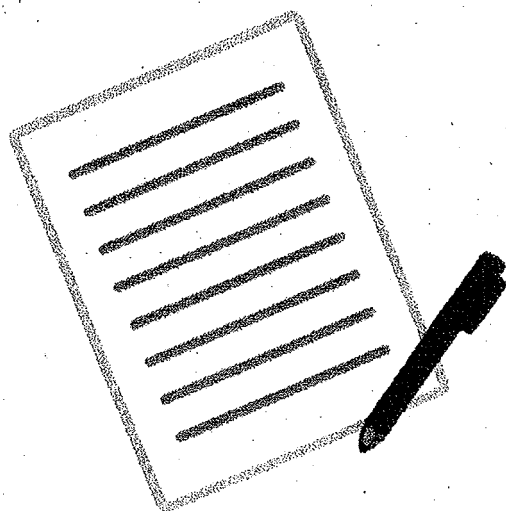
附 則 (昭和二六年九月一三日厚生省告示第一九三号)

この規程は、昭和二十六年十月一日から施行する。

改正文 (平成三〇年九月二八日厚生労働省告示第三四四号) 抄

平成三十年十月一日から適用する。ただし、指定医療機関である診療所において、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、この告示による改正後の指定医療機関医療担当規程第七条第二項の規定にかかわらず、当分の間、患者から求められたときに明細書を交付することで足りるものとし、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、同項の規定にかかわらず、当分の間、明細書の交付を有償で行うことができるものとする。

様式編



記載例

生活保護法指定医療機関 指定・指定更新 申請書

コードがわからない場合は空欄で結構です。コードが分かり次第、電話でご連絡ください。

| | | | |
|---|---|--|--|
| 名 称 | (フリガナ) ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 医療法人社団○○会 ○○病院 | 医療機関コード | ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 所 在 地 | 〒 277 - 0000 千葉県柏市○○○○ Tel(04) 7100 - 0000 | | |
| 開設者の氏名、生年月日、住所 (法人の場合は、「氏名(名称)」欄に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」欄に主たる事務所の所在地を記載) | (フリガナ) ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ 医療法人社団○○会 理事長 △△ △△ | 生年月日 | S ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 |
| | 〒 277 - 0000 | 住所 | 千葉県柏市○○○○ |
| | | | |
| 管理者の氏名、生年月日及び住所 | (フリガナ) ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ □ □ □ □ | 生年月日 | S ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日 |
| | 〒 277 - 0000 | 住所 | 千葉県柏市□□□ |
| 診 療 科 名 | 例) 内科, 小児科 例) 調剤 例) 訪問看護 入院施設がある場合、ご記 | | |
| 病 床 数 | 一般 | 床 (床) | 結核 |
| | 療養 | 床 (床) | 感染症 |
| | 精神 | 床 (床) | 床 (床) |
| 健康保険法による指定 | どちらかに○ 有 指定申請中 | 有効期間 | R ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日から R △ △ 年 △ △ 月 △ △ 日まで |
| 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定 | どちらかに○ 無 指定申請中 | | R ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日指定(申請) |
| 生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局の該当の有無 | 有 | 左欄の「有」に該当する場合、開設者以外に診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師若しくは薬剤師がいる場合、その医師、歯科医師若しくは薬剤師の氏名を記載してください。 | 氏 名 |
| | 無 | | |
| どちらかに○ 無 | 要件は、裏面をご覧ください。 | | |
| 現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日 | ○○年○○月○○日 (更新の場合のみ記載) | | |

上記のとおり指定を申請します。

令和 ○○年 ○○月 ○○日

(申請先)

柏 市 長 宛

〒 277 - 0000
住 所 千葉県柏市○○○○

申請者(開設者)

Tel(04) 7100 - 0000

氏 名 医療法人社団○○会 理事長 △△ △△

法人→代表者印
個人→個人印

印

更新の場合は、有効期間の開始日の前日

注意事項

- 1 この書類は、柏市長に直接提出してください。
- 2 貴機関が新たに指定された場合には、柏告示により公示するほか、指定通知書により通知します。
- 3 更新申請の場合、指定の有効期間の満了日までに、申請に対する通知がなされないときは、従前の指定は、指定の有効期間の満了後もその通知がされるまでの間は、なおその効力を有します。

記載要領

- 1 標題の「指定・指定更新」の部分は、指定、指定更新のいずれかを○で囲んでください。
- 2 「名称」は医療法による開設許可証等に記載されている名称を記載してください。
- 3 「医療機関コード」は保険医療機関番号を記載してください。
- 4 開設者が法人の場合、「氏名(名称等)」に法人の名称及び代表者の職・氏名を記載し、「住所(所在地)」に法人の主たる事務所の所在地を記載してください。
※開設者が法人の場合、生年月日については記載の必要はありません。
- 5 「診療科名」は、標榜する診療科名を記載してください。診療科名が複数ある場合には、主たる診療科を最初に記載してください。
※薬局の場合、「診療科名」は記載の必要はありません。
- 6 「病床数」は、休床中の病床も含めて医療法により都道府県知事に許可された病床数を記入し、休床数を()内に記入してください。
- 7 「健康保険法による指定」は、申請時点における健康保険法による指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は健康保険法による指定の有効期間を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、健康保険法による指定の申請を行った日を記載してください。
※健康保険法の指定を受けていない場合には、生活保護法の指定は受けられません。
※訪問看護ステーションのうち、介護保険法の指定を受けることにより、健康保険法の指定を受けたとみなされるものについては、「健康保険法による指定」の「有効期間」には、介護保険法の指定の有効期間を記載してください。
- 8 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による指定」は、申請時点における結核指定医療機関としての指定の「有」・「指定申請中」のいずれかを○で囲み、「有」の場合は指定年月日を記載してください。また、「指定申請中」の場合は、結核指定医療機関の指定の申請を行った日を記載してください。
- 9 「現に受けている生活保護法による指定の有効期間満了日」については、生活保護法第49条の3第1項に基づき指定の更新を受けようとする場合に、記載してください。
- 10 「生活保護法第49条の3第4項において規定する診療所又は薬局」とは、以下のいずれかに該当するものであり、②に該当する場合には、診療若しくは調剤に従事している医師、歯科医師若しくは薬剤師の氏名を記載してください。
① 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
② 医師、歯科医師又は薬剤師の開設する指定医療機関であって、その指定を受けた日からおおむね引き続き当該開設者である医師、歯科医師若しくは薬剤師及びその者と同一の世帯に属する配偶者、直系血族若しくは兄弟姉妹である医師、歯科医師若しくは薬剤師のみが診療若しくは調剤に従事しているもの
- 11 申請者(開設者)の署名は、法人の場合は、名称、代表者の職・氏名及び主たる事務所の所在地を記載してください。

記載例

生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 2 号から第 9 号までに該当しない
旨の誓約書

柏市長宛

令和〇〇年〇〇月〇〇日

下欄に掲げる生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 2 号から第 9 号までの規定に該当しない
ことを誓約します。

申請書の開設者と
同じ

住 所 千葉県柏市〇〇〇〇
氏名又は名称 医療法人社団〇〇会 理事長 △△ △△印

(誓約項目)

生活保護法第 49 条の 2 第 2 項第 2 号から第 9 号までの規定関係

1 第 2 項第 2 号関係

開設者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であること。

2 第 2 項第 3 号関係

開設者が、生活保護法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定（※）により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であること。

※ その他国民の保険医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定

- 1 児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）
- 2 あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律（昭和 22 年法律第 217 号）
- 3 栄養士法（昭和 22 年法律第 245 号）
- 4 医師法（昭和 23 年法律第 201 号）
- 5 歯科医師法（昭和 23 年法律第 202 号）
- 6 保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）
- 7 歯科衛生士法（昭和 23 年法律第 204 号）
- 8 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）
- 9 身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）
- 10 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）
- 11 社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）
- 12 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）
- 13 薬剤師法（昭和 35 年法律第 146 号）
- 14 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）
- 15 理学療法士及び作業療法士法（昭和 40 年法律第 137 号）
- 16 柔道整復師法（昭和 45 年法律第 19 号）
- 17 社会福祉士及び介護福祉士法（昭和 62 年法律第 30 号）
- 18 義肢装具士法（昭和 62 年法律第 61 号）
- 19 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）
- 20 精神保健福祉士法（平成 9 年法律第 131 号）
- 21 言語聴覚士法（平成 9 年法律第 132 号）
- 22 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号）
- 23 高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律第 124 号）
- 24 就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律（平成 18 年法律第 77 号）
- 25 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 23 年法律第 79 号）
- 26 子ども・子育て支援法（平成 24 年法律第 65 号）
- 27 再生医療等の安全性の確保等に関する法律（平成 25 年法律第 85 号）

28 国家戦略特別区域法（平成25年法律第107号。第12条の4第15項及び第17項から第19項までの規定に限る）

29 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）

30 公認心理師法（平成27年法律第68号）

3 第2項第4号関係

都道府県知事が当該指定の取消しの処分理由となった事実その他当該事実に関して開設者が有していた責任の程度を確認した結果、開設者が当該指定の取消しの理由となった事実について組織的に関与していると認められない場合を除き、開設者が、生活保護法の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者であること（取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日前60日以内に当該指定を取り消された病院若しくは診療所、薬局又は訪問看護事業者等の管理者であった者が当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。）。

4 第2項第5号関係

開設者が、生活保護法の規定による指定の取消しの処分に係る行政手続法（平成5年法律第88号）第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第51条第1項の規定による指定の辞退の申出をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであること。

5 第2項第6号関係

開設者が、生活保護法の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき生活保護法の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として都道府県知事が当該開設者に当該検査が行われた日から10日以内に、検査日から起算して60日以内の特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に生活保護法の規定による指定の辞退の申出をした者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであること。

6 第2項第7号関係

第5号に規定する期間内に生活保護法の規定による指定の辞退の申出があった場合において、開設者（当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。）が、同号の通知の日前60日以内に当該申出に係る病院若しくは診療所、薬局又は訪問看護事業者等の管理者であった者で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであること。

7 第2項第8号関係

開設者が、指定の申請前5年以内に被保護者の医療に関し不正又は著しく不当な行為をしたものであること。

8 第2項第9号関係

当該申請に係る病院若しくは診療所、薬局又は訪問看護事業者等の管理者が第2号から前号までのいずれかに該当すること。

様式第5号

生活保護法および中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律指定

※ 医療機関
介護機関
助産師
施術者 ※ 名称
所在地
その他 変更届書

いづれかに○

次のとおり変更しましたので届け出ます。

| | | | | |
|------------------------|---------|--------------------------|------------------|-------|
| 指 医療 機 関 等 | 番 号 | ○○○○○○○○ | | |
| | 名称(氏名) | 医療法人社団○○会 ○○病院 | | |
| | 所在地(住所) | 〒277 - ○○○○ 千葉県柏市○○○○ | | |
| 変更内容 | | | | 変更年月日 |
| 医療 機 関 等 | 変更前 | 名称 | R5年 4月19日 | |
| | | 住所 千葉県柏市□□□ | | |
| | 変更後 | 名称 | | |
| | | 住所 千葉県柏市○○○○ | | |
| 開設者 | 変更前 | 氏名 | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 住所 | 年 月 日 | |
| | 変更後 | 名称 | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 住所 | 年 月 日 | |
| 管理者 | 変更前 | 氏名 | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 住所 | 年 月 日 | |
| | 変更後 | 名称 | 生 年 月 日 | 年 月 日 |
| | | 住所 | 年 月 日 | |

令和 ○○年 ○○月 ○○日

(申請先)

柏市長様

〒277 - ○○○○

住 所 千葉県柏市○○○○

届出者

Tel(04) 7100 - ○○○○

氏名 医療法人社団○○会 理事長 △△ △△



注意事項

- 1 この書類は、柏市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、医療機関等の名称(氏名)又は所在地(住所)に変更があったとき、所要事項を記載して提出してください。

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。
- 2 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 ※印のところは、○で囲んでください。
- 4 指定医療機関等の「番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 5 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としないう名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 6 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。

様式第6号

生活保護法および中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律指定

※ (医療機関 介護機関 助産師 施術者) ※ (休止 廃止)

届書

次のとおり休止・廃止しましたので届け出ます。

いずれかに○

いずれかに○

| | | |
|-------------------|-------------------------|--------------------------|
| 指医療機関 定等 | 番 号 | 〇〇〇〇〇〇〇 |
| | 名称(氏名) | 〇〇〇診療所 |
| | 所在地(住所) | 〒277 - 〇〇〇〇 千葉県柏市〇〇〇〇 |
| ※休止・廃止年月日 | | 令和 5年 4月 30日 |
| ※休止・廃止の理由 | 法人化により医療機関コードが変更となったため。 | |
| 委託患者等の措置状況 | 引き続き法人化した先で診療を行います。 | |
| 再開の見通し (休止の場合) | | |

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(申請先)

柏市長様

〒277 - 〇〇〇〇

住所 千葉県柏市〇〇〇〇

届出者

Tel (04) 7100 - 〇〇〇〇

氏名 〇〇〇診療所

- 32 -

印

注意事項

- 1 この書類は、柏市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、医療機関等が休止され、又は廃止された場合に速やかに提出してください。
- 3 休止の場合には、再開後速やかに再開届出書を提出してください。

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。
- 2 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 ※印のところは、○で囲んでください。
- 4 指定医療機関等の「番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 5 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 6 「委託患者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 7 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。

様式第9号

生活保護法および中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律指定

※ (医療機関)
 介護機関
 助産師
 施術者

指定辞退届書

次のとおり生活保護法による指定を辞退します。

いずれかに○

| | | |
|-------------|---------------------|--------------------------|
| 指医療機関 定等 | 番 号 | ○○○○○○○○ |
| | 名 称 (氏 名) | 医療法人社団○○会 ○○病院 |
| | 所在地 (住 所) | 〒277 - ○○○○ 千葉県柏市○○○○ |
| 辞 退 年 月 日 | | 令和 5 年 4 月 3 0 日 |
| 委託患者等の措置状況 | 現在、委託をうけている患者はいません。 | |

令和 ○○年 ○○月 ○○日

(申請先)

柏 市 長 様

〒277 - ○○○○

住 所 千葉県柏市○○○○

届出者

Tel (04) 7100 - ○○○○

氏 名 医療法人社団○○会 ○○病院



注意事項

- 1 この書類は、柏市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、指定を辞退しようとする日の30日前までに提出してください。

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産師又は施術者を開設している助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。医師若しくは歯科医師又は助産所若しくは施術所を開設していない助産師若しくは施術者が届け出る場合には、「番号」、「辞退年月日」及び「委託患者の措置状況」を記載してください。
- 2 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 ※印のところは、○で囲んでください。
- 4 指定医療機関等の「番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 5 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としなない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 6 「委託患者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 7 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。

様式第7号

生活保護法および中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律指定

※ (医療機関)
 介護機関
 助産師
 施術者

再開届書

次のとおり再開しましたので届け出ます。

いずれかに○

| | | |
|---------------------------|---------------|-------------------------|
| 指 医 療 機 関 定 等 | 番 号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| | 名 称 (氏 名) | 〇〇〇診療所 |
| | 所 在 地 (住 所) | 〒 277-〇〇〇〇 千葉県柏市〇〇〇〇 |
| 休 止 年 月 日 | | 令和 3 年 3 月 3 1 日 |
| 再 開 年 月 日 | | 令和 5 年 4 月 1 日 |
| 再 開 の 理 由 | 受け入れ体制が整ったため。 | |

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

(申請先)

柏 市 長 様 〒277-〇〇〇〇
 住 所 千葉県柏市〇〇〇〇

届出者

Tel (04) 71〇〇 - 〇〇〇〇

氏 名 〇 〇 〇 〇

印

注意事項

- 1 この書類は、柏市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、医療機関等の再開後速やかに提出してください。

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。
- 2 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 ※印のところは、○で囲んでください。
- 4 指定医療機関等の「番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 5 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としなない名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 6 「委託患者等の措置状況」は、既に行った措置及び今後予定している措置を記載してください。
- 7 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。

様式第8号

生活保護法および中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律指定

※ (医療機関)
 介護機関
 助産師
 施術者

処分届書

次のとおり届け出ます。

いずれかに○

| | | |
|--------------|--|-------------------------|
| 指医療機関 定等 | 番号 | ○○○○○○○○ |
| | 名称(氏名) | ○○○診療所 |
| | 所在地(住所) | 〒 277-○○○○ 千葉県柏市○○○○ |
| 処分年月日 | | 令和 5年 3月31日 |
| 処分の種類及びその年月日 | 医療法第24条に記載されている第21条第1項違反 令和 5年3月31日 | |

令和 ○○年 ○○月 ○○日

(申請先)

柏市長様 〒277-○○○○
 住所 千葉県柏市○○○○

届出者

Tel (04) 7100 -○○○○

氏名 ○ ○ ○ ○

印

注意事項

- 1 この書類は、柏市長あてに提出してください。
- 2 この書類は、次の場合に速やかに提出してください。
 - ①病院、診療所、指定訪問看護事業者又は薬局が処分を受けた場合
 - ②医師、歯科医師、助産師又は施術者が処分を受けた場合
 - ③助産師又は施術者が開設する助産所又は施術所が処分を受けた場合
 - ④介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、居宅介護事業者又は居宅介護支援事業者が処分を受けた場合

記載要領

- 1 病院、診療所又は薬局が届け出る場合には、その病院等について記載してください。指定訪問看護事業者等が届け出る場合には、その開設する訪問看護ステーション等ごとに記載してください。助産師又は施術者が届け出る場合には、その開設する助産所又は施術所について記載してください。
- 2 地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設又は介護療養型医療施設が届け出る場合には、その施設について記載してください。居宅介護事業者又は介護予防事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者、特定福祉用具販売事業者、地域包括支援センター又は特定介護予防福祉用具販売事業者が届け出る場合には、その開設する事業所ごとに記載してください。
- 3 ※印のところは、○で囲んでください。
- 4 指定医療機関等の「番号」は、指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 5 指定医療機関等の「名称」は、略称等を用いることなく、医療法等により許可若しくは指定を受け、又は届け出た正式な名称を用い、病院であるか診療所であるか判然としないう名称である場合には、名称の次に「(診療所)」のように記載してください。
- 6 「処分の種類及びその年月日」は、生活保護法施行規則第14条に規定する処分(その例によるものとされた場合を含む)を記載してください。
- 7 届出者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の氏名及び主たる事務所の所在地を記載し、代表者印を押印してください。

生活保護法指定 助産機関・施術機関 指定申請

記載例

| | |
|----------------------------|---|
| 氏名 | (フリガナ) ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ |
| 生 年 . 月 . 日 | S ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日 |
| 住 所 | 〒277 - 0000 千葉県柏市0000 Tel.(04) 7100 - 0000 |
| 開設している(勤務している)助産所又は施術所の名称 | 名称 (フリガナ) △ △ △ セイコツイン 例) △△△整骨院 |
| 開設している(勤務している)助産所又は施術所の所在地 | 所在地 〒277 - 0000 千葉県柏市□□□ Tel.(04) 71□□ - □□□□ |
| 業 務 の 種 類 | 助産・あん摩マッサージ指圧 <input checked="" type="radio"/> はり <input checked="" type="radio"/> きゅう・柔道整復 |

上記のとおり申請します。

令和○○年○○月○○日

(申請先)

柏 市 長 様

いずれかに○をしてください。

〒277 - 0000

住 所 千葉県柏市0000

申請者

Tel.(04) 7100 - 0000

氏 名 ○ ○ ○ ○

印

注意事項

- 1 この書類は、都道府県知事(市長)に直接に、又は所在地を管轄する福祉事務所を
経由して提出してください。
- 2 免許証の写しを添付してください。
- 3 貴機関が指定された場合には、県(市)告示により公示するほか、指定通知書により
通知します。

記載要領

- 1 「氏名」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の氏名を記載してください。
- 2 「生年月日」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の生年月日を記載してくださ
い。
- 3 「住所」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者の住所を記載してください。
- 4 「業務の種類」は、該当するものを○で囲んでください。

記載例

生活保護法第55条第2項において準用する同法第49条の2第2項各号(第1号、第4号ただし書、第7号及び第9号を除く。)に該当しない旨の誓約書

柏市長様

令和〇〇年〇〇月〇〇日

下欄に掲げる生活保護法第55条第2項において準用する同法第49条の2第2項各号(第1号、第4号ただし書、第7号及び第9号を除く。)の規定に該当しないことを誓約します。

申請書の開設者と
同じ

住所(所在地) 千葉県柏市〇〇〇〇
氏名 〇〇〇〇

印

(誓約項目)

生活保護法第55条第2項において準用する同法第49条の2第2項各号(第1号、第4号ただし書、第7号及び第9号を除く。)の規定関係

1 第2項第2号関係

指定を受けようとする助産師及び施術者(以下「申請者」という。)が、禁固以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日を経過しない者であること。

2 第2項第3号関係

申請者が、生活保護法その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定(※)により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であること。

※ その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定

- 1 児童福祉法(昭和22年法律第164号)
- 2 あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師等に関する法律(昭和22年法律第217号)
- 3 栄養士法(昭和22年法律第245号)
- 4 医師法(昭和23年法律第201号)
- 5 歯科医師法(昭和23年法律第202号)
- 6 保健師助産師看護師法(昭和23年法律第203号)
- 7 歯科衛生士法(昭和23年法律第204号)
- 8 医療法(昭和23年法律第205号)
- 9 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)
- 10 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)
- 11 社会福祉法(昭和26年法律第45号)
- 12 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)
- 13 薬剤師法(昭和35年法律第146号)
- 14 老人福祉法(昭和38年法律第133号)
- 15 理学療法士及び作業療法士法(昭和40年法律第137号)
- 16 柔道整復師法(昭和45年法律第19号)
- 17 社会福祉士及び介護福祉士法(昭和62年法律第30号)
- 18 義肢装具士法(昭和62年法律第61号)
- 19 介護保険法(平成9年法律第123号)
- 20 精神保健福祉士法(平成9年法律第131号)
- 21 言語聴覚士法(平成9年法律第132号)
- 22 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)

- 23 高齢者虐待防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律(平成17年法律第124号)
- 24 就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律(平成18年法律第77号)

- 25 障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成23年法律第79号)
- 26 子ども・子育て支援法(平成24年法律第65号)
- 27 再生医療等の安全性の確保等に関する法律(平成25年法律第85号)
- 28 国家戦略特別区域法(平成25年法律第107号。第12条の4第15項及び第17項から第19項までの規定に限る)
- 29 難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)
- 30 公認心理師法(平成27年法律第68号)

3 第2項第4号関係

申請者が、生活保護法の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して5年を経過しない者である事。

4 第2項第5号関係

申請者が、生活保護法の規定による指定の取消し処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定するまでの間に生活保護法の規定による指定の辞退の申出をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであること。

5 第2項第6号関係

申請者が、生活保護法の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき生活保護法の規定による指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に、検査日から起算して60日以内の特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間の生活保護法の規定による指定の辞退の申出をした者(当該指定の辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであること。

6 第2項第8号関係

申請者が、指定の申請前5年以内に被保護者の助産又は施術に関し不正又は著しく不当な行為をした者であること。

〒277-0000
 柏市000
 00病院 院(所)長様

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

太枠内にご記入ください

| | | |
|-------|--|---------|
| ケース番号 | | 医療要否意見書 |
| 担当者名 | | 入院外 |
| 発行取扱者 | | |

| | |
|----------------|----------------------------------|
| ※ 1 医科 ・ 2 歯科 | ※ 1 新規 2 継続 (単・併) |
| (氏名) □□ □□ | に係る 5年 4月 1日以降の医療の要否について意見を求めます。 |
| □□ □□病院 院(所)長様 | |
| | 令和5年4月19日 柏市福祉事務所長 |



| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-----|-----|-----|---|---|---|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 傷病名又は部位 | (1) | 初診 | (1) | 年 | 月 | 日 | 転帰 | 治 | 死 | 中 | 止 | | | |
| | (2) | 年月日 | (2) | 年 | 月 | 日 | | | | | | ゆ | 亡 | 止 |
| | (3) | | (3) | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | |

| | |
|---------------|----------------------------------|
| 主要症状及び今後の診療見込 | 稼働状況 普通就労可・否 軽就労可・否 その他 |
|---------------|----------------------------------|

| | | | | | | | | |
|--------|--------------|-------|-------|-------------------|------------|--------|-----------|------------------|
| 診療見込期間 | 入院外 | か月 日間 | 概算医療費 | (1) 今回診療日 | (2) 等 | 2か月目以後 | 福祉の連絡事務所へ | 入院 年月日 退院 年月日 |
| | 入院 | か月 日間 | | (1) どちらかに○をしてください | | か月目まで | | |
| | 年月日 (予定含) | 年月日 | | 円 (入院料) | 円 (入院料) | 円 | | |

上記のとおり (入院外・2入院) 医療を (1要する・2要しない) と認めます。 令和 年 月 日

柏市福祉事務所長 様

最大で6ヶ月までです。

指定医療機関の所在地及び名称
院 (所) 長
担当医師 (診療科名) 印

| | |
|---------|--------|
| ※嘱託医の意見 | ※受理年月日 |
|---------|--------|

(切 取 線)

| | | |
|--------------|-------|-------------------------------|
| ※ 発行年月日 | 年 月 日 | 診察料・検査料請求書 |
| ※ 受理年月日 | 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| 柏市福祉事務所長 様 | | |
| 下記のとおり請求します。 | | 指定医療機関所在地名称 院(所)長又は開設者氏名 印 |

| | | |
|-------------|---------------------|-----------------|
| この券による診察年月日 | 年 月 日 | ※受診者氏名 (歳) |
| 請求額 | 初・再 料 料 料 | (検査名) |
| 合 計 | 点 点 点 点 点 点 点 点 点 点 | ※社保等負担額 円 差引計 円 |

〒277-0000
 柏市〇〇〇
 〇〇病院 院(所)長様

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

太枠内にご記入ください

| | | |
|----------------|--|----------------------------------|
| ケース番号 | | 医療要否意見書 |
| 担当者名 | | |
| 発行取扱者 | | 入院 |
| ※ 1 医科 ・ 2 歯科 | | ※ 1 新規 2 継続 (単・併) |
| (氏名) □□ □□ | | に係る 5年 4月 1日以降の医療の要否について意見を求めます。 |
| □□ □□病院 院(所)長様 | | |
| | | 令和 5年 4月 19日 柏市福祉事務所長 |



| | | | | | | | | | | |
|--------------|-----|-----|-----|---|---|---|-----|--------|--------|--------|
| 傷病名又は 部 位 | (1) | 初 診 | (1) | 年 | 月 | 日 | 転 帰 | 治 ゆ | 死 亡 | 中 止 |
| | (2) | 年月日 | (2) | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | (3) | 年月日 | (3) | 年 | 月 | 日 | | | | |

| | | |
|-------------------------|--|----------------------------------|
| 主要症状及 び今後の診 療 見 込 | | 稼働状況 普通就労可・否 軽就労可・否 その他 |
|-------------------------|--|----------------------------------|

| | | | | | | | |
|--------|-----|--------------------|-------|-----|---|---------------------|------------------|
| 診療見込期間 | 入院外 | か月 日間 | 概算医療費 | (1) | 円 | 福祉の連絡事項 柏市福祉事務所へ | 入院 年月日 退院 年月日 |
| | 入院 | か月 日間 年月日 (予定含) | | (2) | 円 | | |

上記のとおり (1入院外 2入院) 医療を (1要する・2要しない) と認めます。
 柏市福祉事務所長 様 令和 年 月 日

指定医療機関の所在地及び名称
 院 (所) 長
 担当医師 (診療科名) 印

最大で6ヶ月までです

| | | |
|---------|--|--------|
| ※嘱託医の意見 | | ※受理年月日 |
|---------|--|--------|

(切 取 線)

| | | |
|--------------|-------------------|-------------------------------|
| ※ 発行年月日 | 年 月 日 | 診 察 料 ・ 検 査 料 請 求 書 |
| ※ 受理年月日 | 年 月 日 | 令和 年 月 日 |
| 柏市福祉事務所長 様 | | |
| 下記のとおり請求します。 | | 指定医療機関所在地名称 院(所)長又は開設者氏名 印 |
| この券による診察年月日 | 年 月 日 | ※受診者氏名 (歳) |
| 請求額 | 診 察 料 料 料 料 | 初・再 点 点 点 (検査名) |
| 合 計 | | ※社保等負担額 円 差引計 円 |

〒277-0000
 柏市〇〇〇
 〇〇病院 院所長様

太枠内にご記入ください

ケース番号
 担当者名
 発行取扱者
 指定医療機関 〇〇病院

精神疾患入院要否意見書

※1. 新規 { (1) 現在入院中
 (2) その他 }

2 継続入院 (5年4月1日以降)

様式第16号 ※福祉事務所名 柏市福祉事務所
 ※患者氏名
 ※居住地 柏市〇〇〇

※患者の職業
 ※患者の年齢 (男) 24
 現在入院形態
 1 主たる精神障害 2 従たる精神障害 3 身体合併症

※生活歴及び現病歴
 精神科又は神経科受診歴等を含め記載すること。
 初回入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 前回入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日
 初回から前回までの入院回数 計 回
 (陳述者氏名 続柄)

過去6か月間の病状又は状態の変化の概要
 I 悪化傾向 II 動揺傾向 III 不変 IV 改善傾向
 特記事項 []

過去6か月間の外泊の実況
 I 外出禁止
 II 院内外出許可 (1単独)
 III 院内外外出許可 (1単独)
 2 他の患者同伴
 3 看護者、家族等同伴

現在の状況
 I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし
 現在の状況
 I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし

※本庁医系職員の見解
 ※審議会の判定

※受理年月日 年 月 日
 現在の病状
 I 抑うつ気分 2 内約不穏 3 焦燥・激越 4 精神運動抑制 5 罪責感 6 自殺念慮
 II 睡眠障害 8 食欲障害又は体重減少 9 その他
 III 幻覚妄想状態 2 多弁・多動 3 行為心逸 4 思考奔逸 5 易感性・強制欲性亢進 6 誇大性
 IV 精神運動興奮状態 2 妄想 3 ささめられ体験 4 思考形式の障害 5 奇異な行為 6 その他
 V 興奮状態 2 無言 2 無動・無反応 3 拒絶・拒食 4 その他
 VI 意識障害 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 その他
 VII 知覚障害 1 知覚障害 2 中等度 3 重度 4 その他
 VIII 人格の消滅 1 全体的 2 まだら (局状) 3 部分性 4 その他
 IX 躁動性 2 衝動性 3 演技性 4 回響性 5 その他
 X 発達性人格変化 1 フェンチンズム 2 サド・マゾヒズム 3 小児愛 4 その他
 XI 薬物依存 1 覚醒剤 2 有機溶剤 3 睡眠薬 4 その他
 XII その他
 I 医療上の問題 1 問題行動 () 2 病状不安定 3 身体的合併症管理 4 服薬管理
 II 入院外医療 1 問題行動 () 2 病状不安定 3 身体的合併症管理 4 服薬管理
 III その他 () 5 その他 ()
 IV 家族の受入が困難 1 家族の受入が困難 2 日常生活に指導を要する
 V 住居確保が困難 1 住居確保が困難 2 その他 ()
 VI その他 () 4 その他 ()
 医学的判定 1 要する 2 要しない
 1 要入院医療 (見込期間) 1 要入院医療 ()
 2 要入院外医療 ()
 3 医療不要
 上記の上より診療を
 柏市福祉事務所長 ()
 指定医療機関の所在地及び名称 ()
 指定医療機関の所在地及び名称 ()
 ※福祉事務所嘱託医の意見
 ※本庁医系職員の見解
 ※審議会の判定

※指定医療機関名

※発行取扱者

印

〒277-0000
 柏市〇〇〇
 〇〇病院 院(所)長様

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

太枠内にご記入ください

訪問看護要否意見書

| | | |
|--|---------------|-----------------------|
| ※ 継続(単・併) | ※ 受理 年 月 日 | 年 月 日 |
| ※ (利用者氏名) □□ □□ (○歳) に係る5年4月1日からの看護の要否について意見を求めます。 | | |
| □□ □□病院 院(所)長様 | | 令和5年4月19日 柏市福祉事務所長 |



| | | |
|-------|---------------|-------|
| 主たる病名 | ※生年月日 | 年 月 日 |
| | 訪問看護 開始年月日 | 年 月 日 |

病状・治療状態
(改善の見込み等)

最大で6ヶ月までです

| | | | | |
|--------------|----|-------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 訪問看護 見込期間 | か月 | 訪問看護 見込回数 (1週当たり) | 1 1回 2 2回 3 3回 | 4 4回以上 5 その他 (週当たり 回) |
|--------------|----|-------------------------|----------------------|-----------------------------|

実施が適当と思われる訪問看護事業者 所在地
名 称

上記のとおり訪問看護を (1 要する 2 要しない) と認めます。

柏市福祉事務所長 様 年 月 日

どちらかに○をして
ください

指定医療機関の所在地及び
指定医療機関の長又は開設者氏名 印

| | | |
|------------------|--|-------|
| ※ 福祉事務所 嘱託医意見 | 1 訪問看護の要否 (ア 要する イ 要しない) 2 訪問看護見込期間 (月) 3 訪問看護見込回数 (1週当たり 回 (週当たり 回)) 4 参考意見 | 年 月 日 |
| | 嘱託医 | 印 |

※印の欄は福祉事務所で記入します。

〒277-0000
 柏市〇〇〇
 〇〇病院 院(所)長様


| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

太枠内にご記入ください

4932-01

おむつ要否意見書

458173

| | | | |
|--------------|---|-----------------------------|---|
| ※福祉事務所記載欄 | ※ (氏名) □□ □□ (□□ 歳) に係る 5 年 4 月 1 日からの、 おむつ使用の要否について意見を求めます。 令和5年4月19日 柏市福祉事務所長  | | ※地区担当者 富澤 晟吾 |
| | 傷 病 名 | おむつを必要とする理由 具体的に記載してください | |
| 要否意見 (医師記載欄) | おむつの種別 どちらかに○をしてください 1 紙おむつ 2 布おむつ | 見 積 額 おおよその数で大丈夫です | 1. 月 枚 (1 日 枚 × 日間) 1 / 月 枚 (単価 枚 = 円) |
| | 使用見込期間 年 月から、約 月間 (予定) | 最大で6ヶ月までです | (患者氏名) □□ □□ について上記のとおり、おむつ使用を 1 要する 2 要しない と認めます。 令和 年 月 日 |
| | 指定医療機関の所在地及び名称 担当医師名 印 | どちらかに○をしてください | 印 |
| | ※嘱託医意見 | 印 | 印 |

(記載注意)
 1. ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。



〒277-0000
 柏市〇〇〇
 〇〇病院 院(所)長様

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |


太枠内にご記入ください

様式第18号の1

給付要否意見書 (所要経費概算見積書)

1 治療材料 2 移送

※取扱業者名

| | | | |
|-----------|--|-------------|------------|
| ※福祉事務所記載欄 | ※ 1 新規 2 継続 | ※受理年月日 | 年 月 日 |
| | ※ (5年4月1日以降の) | (氏名) □□□□□□ | (□□ 歳) に係る |
| | 1 治療材料 2 移送の給付の要否について意見を求めます。 令和5年4月19日 | | |
| | 柏市福祉事務所長  | | |

| | | | | |
|---------|-------------------|---|------------------|------------------|
| 要否意見 | 傷病名 | 傷病の程度及び給付を必要とする理由 | | |
| | (1) (2) (3) | 具体的にご記入ください。 ※補聴器は右○db、左○dbと数値も記入、眼鏡は処方箋も添付してください。 | | |
| 給付内容 | 治療材料 | 種類 | 使用見込期間 | か月 |
| | 移送 | 種類・区間 | 治療に必要な通院頻度 | 1か月に 日 |
| (医師記載欄) | (患者氏名) | □□□□□□ | について上記のとおり、給付を | (1 要する 2 要しない) |
| | 柏市福祉事務所長 様 | 令和 年 月 日 | ↑ どちらかに○をしてください。 | |
| | 指定医療機関の所在地及び名称 | | | 院(所)長 印 |

| 治療材料 | 給付方法 | 種類 | 品名(商品名) | 単価 | 数量 | 金額 |
|------|-------|----|------------|-------|----|-------|
| | 購入 | | 例)眼鏡、右下肢装具 | 9,800 | 1 | 9,800 |
| | 合計 | | | | | |
| | 貸与・修理 | | | | | |
| | 合計 | | | | 1 | 9,800 |

※発行取扱者

| | | | |
|---------|------------|-------------|---------------------|
| 取扱業者記載欄 | (治療材料) | 例) 眼鏡、右下肢装具 | について、上記のとおり概算見積します。 |
| | 柏市福祉事務所長 様 | 令和 年 月 日 | 取扱業者の所在地及び名称 印 |

| | |
|------|--------------|
| ※整理欄 | (移送費概算額等を記載) |
|------|--------------|

| | |
|------|---|
| ※嘱託医 | 印 |
|------|---|

(記載注意) ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

印

〒277-0000
 柏市〇〇〇
 〇〇病院 院(所)長様

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

太枠内にご記入ください

様式第18号の1 給付要否意見書（所要経費概算見積書）
 1 治療材料 2 移送

※取扱業者名

| ※福祉事務所記載欄 | ※ 1 新規 2 継続 ※受理年月日 年 月 日 ※ (5年4月1日以降の) (氏名) [] [] [] [] ([] 歳) に係る | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|----|---------|----|----|----|----|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|---|
| | 1 治療材料 2 移送の給付の要否について意見を求めます。 令和5年4月19日 <div style="text-align: right;"> 柏市福祉事務所長 </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要否意見 (医師記載欄) | 傷病名 (1) (2) (3) | 傷病の程度及び給付を必要とする理由 公共交通機関でなく、タクシーを利用せざるをえない理由を具体的にご記入ください。※「左記傷病により公共交通機関の利用困難」のような抽象的な回答はお控えください。 最大で6ヶ月までです | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付内容 (医師記載欄) | 治療材料 使用見込期間 月 移送 種類・区間 例) 1日 治療に必要な通院頻度 1か月に 移送を要する見込期間 例) 6か月 | (患者氏名) [] [] [] [] 柏市福祉事務所長様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | について上記のとおり、給付を (1 要する 2 要しない) と認めます。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 印 どちらかに○をし ください </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所要経費概算見積 (取扱業者記載欄) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">給付方法</th> <th style="width: 10%;">種類</th> <th style="width: 40%;">品名(商品名)</th> <th style="width: 10%;">単価</th> <th style="width: 10%;">数量</th> <th style="width: 10%;">金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>購入</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>貸与・修理</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | 給付方法 | 種類 | 品名(商品名) | 単価 | 数量 | 金額 | 購入 | | | | | | 合計 | | | | | | 貸与・修理 | | | | | | 合計 | | | | | | (治療材料) 柏市福祉事務所長様 取扱業者の所在地及び名称 令和 年 月 日 |
| 給付方法 | 種類 | 品名(商品名) | 単価 | 数量 | 金額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 貸与・修理 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※整理欄 ※意見 | (移送費概算額等を記載) 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

※発行取扱者

(記載注意) ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

印

〒277-0000
 柏市000
 00整骨院 院(所)長様


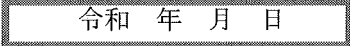
| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

太枠内にご記入ください

様式第18号の1の2

給付要否意見書（柔道整備）

※指定施術者名

| | | | | | | | |
|---|--|--------------------|-----------|-----|-------------------|-----|----------|
| ※福祉事務所記載欄 | ※ 1 新規 2 継続 | | ※受理年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| | ※（5年4月1日以降の） | | （氏名） | | □□ | □□ | （□□歳）に係る |
| 施術の給付の要否について意見を求めます。 令和5年4月19日 柏市福祉事務所長  | | | | | | | |
| 要否意見 （柔道整備 師記載欄） | 傷病名（部位） | 初検年月日 | 転帰（継続の場合） | | 傷病の程度及び給付を必要とする理由 | | |
| | (1) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | 具体的にご記入ください | | |
| | (2) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | | | |
| | (3) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | | | |
| | (4) | 最大で3ヶ月まで | 治癒・中止・継続 | | | | |
| | (5) | です | 治癒・中止・継続 | | | | |
| (6) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | | | | |
| 療養（治癒）見込期間 | | 概算見積額（初検時又は4か月目以降） | | | | | |
| か月又は 日間 | | 1月目 | 円 | 2月目 | 円 | 3月目 | 円 |
| （患者氏名） □□ □□ について、上記のとおり給付を（1 要する 2 要しない）と認めます。 柏市福祉事務所長 様 令和 年 月 日  | | | | | | | |
| 指定施術機関の所在地及び名称 院（所）長 印 | | | | | | | |
| 医師同意 | （注）脱臼又は骨折（応急手当を除く）の場合のみ同意が必要 応急手当を除く脱臼または骨折の場合のみ同意が必要です | | | | | | |
| ※嘱託医意見 | 印 | | | | | | |

※発行取扱者

（記載注意）

- 1 転帰「（継続の場合）」欄は、3か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 2 「療養（治癒）見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時（3か月を超えて療養を必要とする場合は4か月目以降）の療養（治療）見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 3 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を記載したものでも差し支えないこと。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

印

〒277-0000
 柏市〇〇〇
 〇〇鍼灸院 院(所)長様


| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

太枠内にご記入ください

※指定施術者名

様式第18号の1の3

給付要否意見書 (あん摩・マッサージ、はり・きゅう)

| | | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|------------|-------------------|----------|
| ※福祉事務所記載欄 | ※ 1 新規 2 継続 | | ※受理年月日 | | 年 月 日 |
| | ※ (5年4月1日以降の) | | (氏名) □□ □□ | | (□□歳)に係る |
| 施術の給付の要否について意見を求めます。 令和5年4月19日 柏市福祉事務所長  | | | | | |
| 要否意見 (施術者記載) | 傷病名(部位) | 初検年月日 | 転帰(継続の場合) | 傷病の程度及び給付を必要とする理由 | |
| | (1) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | 具体的にご記入ください | |
| | (2) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | |
| | (3) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | |
| | (4) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | |
| | (5) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | |
| (6) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | | |
| 療養(治癒)見込期間 | | 概算見積額(初検時又は7か月目以降) | | | |
| か月又は 日間 | | 1月目 | 円 | 2月目 | 円 |
| | | 4月目 | 円 | 5月目 | 円 |
| | | 3月目 | 円 | 6月目 | 円 |
| 往療が必要な場合その理由 | | 具体的にご記入ください(往療が必要な場合のみ) | | | |
| (患者氏名) | | について、上記のとおり給付を | | 1 要する 2 要しない | |
| と認めます。 | | 令和 年 月 日 | | どちらかに○をしてください | |
| 最大で6ヶ月まで | | 務所長 様 | | | |
| 指定施術機関(施術者)の所在地及び名称 | | | | | |
| 印 | | | | | |
| 医師同意 | 同意年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 指定医療機関名 | | | | |
| | 所在地 | | | | |
| | 医師氏名 | | | | |
| 注意事項等 (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意) | | | | | |
| ※嘱託医意見 | 医師同意欄は、医師に記入してもらってください。 | | | | |
| 印 | | | | | |

(記載注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。
- 2 転帰「(継続の場合)」欄は、6か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6か月を超えて療養を必要とする場合は7か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

印

〒277-0000
 柏市〇〇〇
 〇〇治療院 院(所)長様

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

太枠内にご記入ください

※指定施術者名

様式第18号の1の3

給付要否意見書 (あん摩・マッサージ、はり・きゅう)

| | | | | | | |
|--|---|--------------------|------------|-------------------|-------|-------|
| ※福祉事務所記載欄 | ※ 1 新規 2 継続 | | ※受理年月日 | | 年 月 日 | |
| | ※(3年4月1日以降の) | | (氏名) □□ □□ | (□□歳)に係る | | |
| 要否意見(施術者記載欄) | 施術の給付の要否について意見を求めます。 令和5年4月19日 柏市福祉事務所長  | | | | | |
| | 傷病名(部位) | 初検年月日 | 転帰(継続の場合) | 傷病の程度及び給付を必要とする理由 | | |
| | (1) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | 具体的にご記入ください | | |
| | (2) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | | |
| | (3) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | | |
| | (4) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | | |
| | (5) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | | |
| | (6) | 年 月 日 | 治癒・中止・継続 | | | |
| | 療養(治癒)見込期間 | 概算見積額(初検時又は7か月目以降) | | | | |
| | か月又は 日間 | 1月目 | 円 | 2月目 | 円 | 3月目 円 |
| | 4月目 | 円 | 5月目 | 円 | 6月目 円 | |
| 往療が必要な場合その理由 | | | | | | |
| (患者氏名) □□ □□ について、上記のとおり給付を <input type="radio"/> 1 要する <input type="radio"/> 2 要しないと認めます。 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 最大で6ヶ月まで 務所長 様 どちらかに○をしてください | | | | | | |
| 指定施術機関(施術者)の所在地及び名称 印 | | | | | | |
| 医師同意 | 同意年月日 | 年 月 日 | | | | |
| | 指定医療機関名 | | | | | |
| | 所在地 | | | | | |
| | 医師氏名 | | | | | |
| 注意事項等 | (施術に当たって注意すべき事項等があれば記載してください) (任意) | | | | | |
| ※嘱託医意見 | 医師同意欄は、医師に記入してもらってください。 印 | | | | | |

- (記載注意)
- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。
 - 2 転帰「(継続の場合)」欄は、6か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
 - 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6か月を超えて療養を必要とする場合は7か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
 - 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

印

〒277-0000
 柏市〇〇〇
 〇〇整骨院 院(所)長様

●こちらは正式な請求書です。
 訂正は二重線+施術者の印鑑にて
 行っていただくようにお願いします。

●なぞり書きはせずに、
 上記のとおり訂正をお願いします。

●不備等があった場合は
 修正や差し替えをお願いする場合があります。
 ご協力をお願いいたします。

施術券及び施術報酬請求明細書 (柔道整復)
 (年 月分)

地区担当員
 取扱担当者

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------|--------------|------|---|---------|--------------------|---------------|-----|-------|---------------------------------------|--|-----|---------------|----|----|----|----|----|----|----------------------|
| 生活 保 護 法 施 術 券 | 交付番号 | この券の有効期間 | 日から | 日まで | 1 単給 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 生年月日 | 住所 | | 2 併給 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施 術 報 酬 | 指定施術者名 | 傷病名(部位) | | | 帰 ・中止・転医 ・中止・転医 ・中止・転医 ・中止・転医 ・中止・転医 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 負傷 | もれなく記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (4) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負傷の原因・業務 | | | | 請求区分 | 新規継続 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 請 求 明 細 書 | 施術日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 丸を記入してください (丸の数=実日数) |
| | 初検料 | 円 | 初検時相談 支援料 | 円 | 往療料 | km 回 | 円 | 金属副子等 加算 | 回 | 円 | 施術情報 提供料 | 回 | 円 | 明細書発行 体制加算 | 回 | 円 | 計 | 円 | | | |
| | 加算(休日・深夜・時間外) | 円 | 再検料 | 円 | 加算(夜間・難絡・ 暴風雨) | 回 | 円 | 柔道整復 運動後療料 | 回 | 円 | 計 | 円 | | | | | | | | | |
| | 整復料・固定料・施療料 | 円 | (1) | 円 | (2) | 円 | (3) | 円 | (4) | 円 | (5) | 円 | 計 | 円 | | | | | | | |
| | 部位 | 通減 % | 通減開始 月日 | 後療料 | 円 | 冷電法料 | 円 | 温電法料 | 円 | 電療料 | 円 | 多部位 | 円 | 長期 | 円 | | | | | | |
| | (1) | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (2) | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (3) | 60 | | | | | | | | | | 小計 | 0.6 | 小計 | | | | | | | |
| | (4) | 60 | | | | | | | | | | 小計 | 0.6 | 小計 | | | | | | | |
| | (4) | 100 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 摘要 | | | | | | | | | | | 合計 | 円 | | | | | | | | | |
| 金属副子等 加算日 | 1回目 | 日 | 2回目 | 日 | 3回目 | 日 | ※社保負担(健・共割) 有・無 | | | 本人支払額 | 円 | | | | | | | | | | |
| 柔道整復運動 後療料加算日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 差引請求額 (支払)金額 | | | 合計 | 円 | | | | | | | | | | |
| 明細書発行体制加算 加算日 | 日 | 決定金額 | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施術証明欄 | 上記のとおり施術したことを証明します。 令和 年 月 日 | | | | | | | | | | 所在地 施術所 名称 電話 氏名 指定施術者 | 必ず記入してください 印鑑などの場合は 見切れに注意してください | | | | | | | | | |

柏市福祉事務所長



備考 この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。(※は福祉事務所使用欄)

| | | | | |
|---------------------|------|------|----------|----------|
| 丸を記入してください (2か所) | 振込先 | 銀行 | 口座番号(7桁) | 口座名義(カナ) |
| | 信用金庫 | 普通預金 | 1234567 | 〇 〇 〇 〇 |
| | 支店 | 当座 | | |

〒277-0000
 柏市〇〇〇
 〇〇鍼灸院 院(所)長様

- こちらは正式な請求書です。
訂正は二重線+施術者の印鑑にて行っていただくようにお願いします。
- なぞり書きはせずに、上記のとおり訂正をお願いします。
- 不備等があった場合は修正や差し替えをお願いする場合があります。ご協力をお願いいたします。

施術券及び施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

柏市福祉事務所長



(年 月分) 地区担当員 取扱担当者

| | | | | |
|--------------|---|-----------------|--------------|--------------|
| 生活保護法 施術券 | 交付番号 | 有効期間 日から 日まで | 施術開始日 年 月 | 1 単給 2 併給 |
| | 患者氏名 (歳) 男 女 | 居住地 | | |
| | 傷病名 1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩 5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症 7 その他 () | はり・きゅう師氏名 | | |

施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

| | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------------|-------|---|-------|---|---|---|-------|
| 施 術 報 酬 請 求 明 細 書 | ○初回施術 年月日 | 年 月 日 | 実日数 | 日 | 既施術回数 | 回 | 転 | 帰 | 治療・中止 |
| | ①初検料 1 はり 2 きゅう | もれなく記入してください | | | | | | | 要 |
| | ② 施 術 料 はり きゅう はり、きゅう併 電療料 1 電気針 2 | | | | | | | | |
| | ③ 往 療 料 4 | | | | | | | | |
| | ④ 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月分) | | | | | | | | |
| | 施術日 通院○ 月 1 2 3 ④ 5 6 7 8 9 10 11 ⑫ 13 14 15 16 往療○ | 丸を記入してください (丸の数=実日数) 往療は○です | | | | | | | |
| | ⑤ 合計金額 (①+②+③+④) | 請 求 | ※ 決 定 | | | | | | |
| | ※ ⑥ 社 保 負 担 (健・共) 有・無 割 | 合 計 | 円 | | | | | | |
| | ※ ⑦ 本 人 支 払 額 円 | 0 | 円 | | | | | | |
| | ⑧ 差引請求 (支払) 金額 (⑤-⑥-⑦) | 合 計 | 円 | | | | | | |

| | | |
|-------------|---|---|
| 請 求 書 | (患者氏名) 令和 年 月 日 日付を記入してください 月細書による施術料を請求します。 | 住所 必ず記入してください 印鑑などの場合は 見切れに注意してください |
| | 柏市福祉事務所長 様 はり・きゅう師 氏名 | 氏名 に委任します |
| 委 任 状 | 上記の金額の 令和 | 印影がしっかりと見えるように 押印してください (訂正印はこの印鑑を使用してください) |
| | | り・きゅう師名) 氏名 |

| | | | |
|----------------------------|------------------|----------------------|----------------------|
| 振込先 丸を記入してください (2か所) | 信用金庫 支店 当座 預金 | 口座番号 (7桁) 1234567 | 口座名義 (カナ) 〇 〇 〇 〇 |
|----------------------------|------------------|----------------------|----------------------|

〒277-0000
 柏市000
 00整骨院 院(所)長様

●こちらは正式な請求書です。
 訂正は二重線+施術者の印鑑にて
 行っていただくようにお願いします。

●なぞり書きはせずに、
 上記のとおり訂正をお願いします。

●不備等があった場合は
 修正や差し替えをお願いする場合があります。
 ご協力をお願いいたします。

あん摩・マッサージ

地区担当員
 取扱担当者

(年 月分)

| | | | | |
|--|-------------------------------|--------------|--|----------------|
| 生活 保護 法 施 術 券 | 交付番号 | この券の 有効期間 | 日から 日まで | 1 単 給 2 併 給 |
| | 患者氏名 | (歳) 男 女 | 居住地 | |
| | 指定施術者名 | 傷病名(部位) | | |
| 施 術 費 給 付 請 求 明 細 書 | 初回施術年月日 | | | 癒・中止 要 |
| | ① マッサージ | もれなく記入してください | | |
| | ② 温罨法(力) | | | |
| | ③ 温罨法・電 | | | |
| | (加) | | | |
| | ④ 変形徒手技 | | | |
| ⑤ 往療料 | | | | |
| ⑥ 施術報告 (前回支給: 年 月分) | 円 × 回 = 円 | | | |
| 施術日 通院○ 月 1 2 3 4 5 ⑦ 8 9 10 11 ⑩ 12 13 14 15 16 + 往療○ | 丸を記入してください(丸の数=実日数) 往療は○です | | | |
| ⑦ 合計金額 (①+②+③+④+⑤+⑥) | 請求 | ※決定 | | |
| | 合計 円 | 円 | | |
| ※ ⑧ 社保負担 (健・共) | 有・⑨ 無 | 割 | 円 | 円 |
| ※ ⑩ 本人支払額 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| ⑪ 印影がしっかりと見えるように (患) 押印してください (訂正印はこの印鑑を使用してください) | ⑨ | 合計 円 | 円 | 円 |
| 請求書 | 柏市福祉事務 | 指定施術者 氏名 | 住所 必ず記入してください 印鑑などの場合は 見切れに注意してください | 印 |

柏市福祉事務所長



| | | | | |
|---------------------|------------|------------|---------------------|---------------------|
| 丸を記入してください (2か所) | 信用金庫 支店 | 普通預金 当座 | 口座番号(7桁) 1234567 | 口座名義(カナ) 〇 〇 〇 〇 |
|---------------------|------------|------------|---------------------|---------------------|

<発行元>

柏市 福祉部 生活支援課

〒277-8505

柏市柏5-10-1

TEL 04-7167-1111(代表)

