

生活保護法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成30年10月26日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第51号

生活保護法施行細則の一部を改正する規則

生活保護法施行細則（平成2年香川県規則第37号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
第33号様式の2（ <u>第13条関係</u> ） 略	第33号様式の2（ <u>第13号様式</u> ） 略

第33号様式の3 (第13条関係)

※世帯番号	
地区	番

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		
	※ (年 月 日以降の) (氏名) 施術の給付の要否について意見を求めます。		(歳)に係る 年 月 日		
	香川県		事務所長 印		
	要 否 意 見 (施術者記載欄)	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	
		(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月日以降)			
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(1 要する 2 要しない)と認めます。			
香川県 事務所長 殿		年 月 日			
		指定施術機関(施術者)の所在地及び名称 院(所)長 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		印			

※指定施術者名

※発行取扱者

(注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得てください。
- 2 「転帰(継続の場合)」の欄は、6月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲んでください。
- 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」の欄は、初検時(6月を超えて療養を必要とする場合は、7月日以降)の療養(治癒)見込期間及び概算見積額を記載してください。
- 4 ※印の欄は福祉事務所で記入するので、記載しないでください。

第33号様式の3 (第13号様式)

※世帯番号	
地区	番

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		
	※ (年 月 日以降の) (氏名) 施術の給付の要否について意見を求めます。		(歳)に係る 年 月 日		
	香川県		事務所長 印		
	要 否 意 見 (施術者記載欄)	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	
		(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4箇月日以降)			
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(1 要する 2 要しない)と認めます。			
香川県 事務所長 殿		年 月 日			
		指定施術機関(施術者)の所在地及び名称 院(所)長 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		印			

※指定施術者名

※発行取扱者

(注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得てください。
- 2 「転帰(継続の場合)」の欄は、3箇月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲んでください。
- 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」の欄は、初検時(3箇月を超えて療養を必要とする場合は、4箇月日以降)の療養(治癒)見込期間及び概算見積額を記載してください。
- 4 「医師同意」の欄は、3箇月を超えてあん摩・マッサージ(変形徒手矯正術の場合を除く。)又ははり・きゅうを必要とする場合、施術者が記載しても差し支えありません。
- 5 ※印の欄は福祉事務所で記入するので、記載しないでください。

第39号様式（第14条関係）

(表)
生活保護法施術券・施術費給付請求書
(あん摩・マッサージ)

(年 月分)		(地区担当員印)		(取扱担当者印)		
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 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	軀 幹	円×	回=	円	摘 要
		右上肢	円×	回=	円	
		左上肢	円×	回=	円	
		右下肢	円×	回=	円	
		左下肢	円×	回=	円	
	② 変形徒手矯正術	円×	回=	円		
	③ 温 罎 法	円×	回=	円		
	④ 温罎法・電気光線器具	円×	回=	円		
	⑤ 往療料 4 kmまで	円×	回=	円		
4 km超	円×	回=	円			
⑥ 施術報告書交付料 (前回支給：年 月分)	円×	回=	円			
施術日 通院○ 往療◎	月	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				
⑦ 合計金額 (①+②+③+④+⑤+⑥)		請求	※決 定			
円		円	円			
※⑧ 社保負担 (健・共)	有・無 割	円	円			
※⑨ 本人支払額	円	円	円			
※⑩ 差引請求 (支払) 金額 (⑦-⑧-⑨)	円	円	円			
(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 香川県 事務所長 殿 指定施術者 住所 氏名 氏名 ⑪						

(裏)

略

第39号様式（第14条関係）

(表)
生活保護法施術券・施術費給付請求書
(あん摩・マッサージ)

(年 月分)		(地区担当員印)		(取扱担当者印)		
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 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	軀 幹	円×	回=	円	摘 要
		右上肢	円×	回=	円	
		左上肢	円×	回=	円	
		右下肢	円×	回=	円	
		左下肢	円×	回=	円	
	② 変形徒手矯正術	円×	回=	円		
	③ 温 罎 法	円×	回=	円		
	④ 温罎法・電気光線器具	円×	回=	円		
	⑤ 往療料 4 kmまで	円×	回=	円		
4 km超	円×	回=	円			
⑥ 合計金額 (①+②+③+④+⑤)	請求		※決 定			
円	円	円				
※⑦ 社保負担 (健・共)	有・無 割	円	円			
※⑧ 本人支払額	円	円	円			
※⑨ 差引請求 (支払) 金額 (⑥-⑦-⑧)	円	円	円			
(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 香川県 事務所長 殿 指定施術者 住所 氏名 氏名 ⑪						

(裏)

略

第40号様式（第14条関係）

(表)

生活保護法施術券・施術報酬請求明細書（はり・きゅう）

(年 月分)	(地区担当員印)	(取扱担当者印)	(事務所長印)	
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				円	摘 要		
② 施 術 料	はり	円×	回=	円				
	きゅう	円×	回=	円				
	はり・きゅう併用	円×	回=	円				
③ 往 療 料	電療料	円×	回=	円				
	1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具							
	④ 往 療 料	4kmまで	円×	回=	円			
④ 施 術 報 告 書 交 付 料	(前回支給: 年 月分)	円×	回=	円				
	施術日 通院○ 往療◎	月	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					
	⑤ 合計金額 (①+②+③+④)	請求	※ 決 定		円	円		
※⑥ 社保負担 (健・共) 有・無 割	円		円		円			
※⑦ 本人支払額	円	円		円				
⑧ 差引請求 (支払) 金額 (⑤-⑥-⑦)	円		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			
委 任 状	香川県	事務所長 殿	はり・きゅう師	住所 氏名 ㊦
	上記の金額の受領を 年 月 日	師会長 (氏名)	に委任します。	
	はり・きゅう師		氏名 ㊦	

(裏)

略

第40号様式（第14条関係）

(表)

生活保護法施術券・施術報酬請求明細書（はり・きゅう）

(年 月分)	(地区担当員印)	(取扱担当者印)	(事務所長印)	
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				円	摘 要		
② 施 術 料	はり	円×	回=	円				
	きゅう	円×	回=	円				
	はり・きゅう併用	円×	回=	円				
③ 往 療 料	電療料	円×	回=	円				
	1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具							
	④ 往 療 料	4kmまで	円×	回=	円			
④ 施 術 報 告 書 交 付 料	(前回支給: 年 月分)	円×	回=	円				
	施術日 通院○ 往療◎	月	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					
	⑤ 合計金額 (①+②+③)	請求		※ 決 定		円	円	
※⑥ 社保負担 (健・共) 有・無 割	円		円		円			
※⑦ 本人支払額	円	円		円				
⑦ 差引請求 (支払) 金額 (⑤-⑥-⑦)	円		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			
委 任 状	香川県	事務所長 殿	はり・きゅう師	住所 氏名 ㊦
	上記の金額の受領を 年 月 日	師会長 (氏名)	に委任します。	
	はり・きゅう師		氏名 ㊦	

(裏)

略

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正前の生活保護法施行細則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。