

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年3月29日

香川県知事 池田豊人

香川県規則第21号

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則（昭和42年香川県規則第65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
<p>(休業補償を行わない場合)</p> <p>第7条の2 略</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 少年法第24条の規定による保護処分として少年院若しくは児童自立支援施設に送致され、収容されている場合、同法第64条の規定による保護処分として少年院に送致され、収容されている場合 <u>又は同法第66条の規定による決定により少年院に収容されている場合</u></p> <p>第3号様式（第8条関係）</p>	<p>(休業補償を行わない場合)</p> <p>第7条の2 条例第8条ただし書の規則で定める場合は、次に掲げる場合とする。</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 少年法第24条の規定による保護処分として少年院若しくは児童自立支援施設に送致され、収容されている場合、同法第64条の規定による保護処分として少年院に送致され、収容されている場合、<u>同法第66条の規定による決定により少年院に収容されている場合又は売春防止法（昭和31年法律第118号）第17条の規定による補導処分として婦人補導院に収容されている場合</u></p> <p>第3号様式（第8条関係）</p>

(日本産業規格A列4番)

療 養 補 償 請 求 書

			請求 回数	第 回
(実施機関の職氏名) 殿		請求年月日 年 月 日		
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所..... 氏名.....		
(補償費用の受領委任) この請求書による療養補償の費用の請求及び受領を.....に委任します。				
(委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。 支払請求者の住所..... 氏名.....				
1 (所属部局)				
2 (氏名)		3 (職種)		
年 月 日生		4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日		
5 診 療 費	内訳は「医師の証明」欄記載のとおり			円
6 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護	内訳は「* 13 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 付添人 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで	日間	円
7 移 送 費	(交通費) 年 月 日から 年 月 日まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回			円
	(その他の移送費)			円
8 上記以外の療養費				円
9 療養補償請求金額				円
10 添付する書類その他の資料名				

送の金場希望合	11 振 込 先	銀行 支店
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口 座 番 号	
	預 金 名 義 者	

※受 理	年 月 日
※決 定	年 月 日
※支 払	年 月 日
※決定金額	円

(日本産業規格A列4番)

療 養 補 償 請 求 書

			請求 回数	第 回
(実施機関の職氏名) 殿		請求年月日 年 月 日		
下記の療養補償を請求します。		請求者の住所..... 氏名.....		
(補償費用の受領委任) この請求書による療養補償の費用の受領を.....に委任します。				
(委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この請求書による療養補償の支払を請求します。 支払請求者の住所..... 氏名.....				
1 (所属部局)				
2 (氏名)		3 (職種)		
年 月 日生		4 (負傷又は発病年月日) 年 月 日		
5 診 療 費	内訳は「医師の証明」欄記載のとおり			円
6 看 護 料	<input type="checkbox"/> 訪問看護	内訳は「* 13 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり		円
	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 付添人 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日から 年 月 日まで	日間	円
7 移 送 費	(交通費) 年 月 日から 年 月 日まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 回			円
	(その他の移送費)			円
8 上記以外の療養費				円
9 療養補償請求金額				円
10 添付する書類その他の資料名				

送の金場希望合	11 振 込 先	銀行 支店
	預 金 科 目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金
	口 座 番 号	
	預 金 名 義 者	

※受 理	年 月 日
※決 定	年 月 日
※支 払	年 月 日
※決定金額	円

※ 12 医師の証明					
(傷病名)	診療費の内訳			1点単価	円
	項目内訳と記入欄			金額(円)	
	診	初診			
		再診			
		往診			
	察	療養指導			
(傷病の経過)	投薬	内服	普通薬	(薬名及び使用量)	
		外用	特殊薬		
			(種類)		
		注射	(種類)	(回数等)	
		処置	(処置名)	(回数等)	
		手術	(手術名)	(回数等) (施行年月日) 年 月 日	
		検査	(検査名)	(回数等)	
	レントゲン	透視診断	(フィルムの大きさ、枚数等)		
		写真診断			
		撮影			
(現在の状態)	理学療法	(療法名)	(回数等)		
	その他				
	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医				
(診療時間)	入院	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
		看護	<input type="checkbox"/> 1類 <input type="checkbox"/> 2類 <input type="checkbox"/> 3類		
		給食	<input type="checkbox"/> 基準給食 <input type="checkbox"/> 普通給食 <input type="checkbox"/> 無		
	院	寝具その他			
診療日数	診療費の合計			円	
上記の事項は、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 病院又は診療所の {所在地 名称 医師氏名					

※ 12 医師の証明					
(傷病名)	診療費の内訳			1点単価	円
	項目内訳と記入欄			金額(円)	
	診	初診			
		再診			
		往診			
	察	療養指導			
(傷病の経過)	投薬	内服	普通薬	(薬名及び使用量)	
		外用	特殊薬		
			(種類)		
		注射	(種類)	(回数等)	
		処置	(処置名)	(回数等)	
		手術	(手術名)	(回数等) (施行年月日) 年 月 日	
		検査	(検査名)	(回数等)	
	レントゲン	透視診断	(フィルムの大きさ、枚数等)		
		写真診断			
		撮影			
(現在の状態)	理学療法	(療法名)	(回数等)		
	その他				
	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医				
(診療時間)	入院	入院期間	年 月 日から 年 月 日まで		
		看護	<input type="checkbox"/> 1類 <input type="checkbox"/> 2類 <input type="checkbox"/> 3類		
		給食	<input type="checkbox"/> 基準給食 <input type="checkbox"/> 普通給食 <input type="checkbox"/> 無		
	院	寝具その他			
診療日数	診療費の合計			円	
上記の事項は、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 病院又は診療所の {所在地 名称 医師氏名					

*13 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)	
傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回	
基本療養費	保健師 看護師 理学療法士 作業療法士 円× 回 円	指示年月日 年 月 日	主治医への直近報告年月日 年 月 日
	准看護師 円× 回 円	訪問日 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	
管理療養費	初日 円 2回目以降 円		
情報提供		提供した情報の概要	
療養費	円	情報提供先の市(区)町村の名称	
ターミナルケア療養費	円 死亡年月日 年 月 日	(備考)	
合計	円		
訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医の氏名			
上記の事項は、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 訪問看護事業者の(所在地名)代表者の氏名			

*13 訪問看護事業者の証明		(患者氏名)	
傷病名		(訪問看護期間)	
傷病の経過		年 月 日から 年 月 日まで 訪問看護の回数 回	
基本療養費	保健師 看護師 理学療法士 作業療法士 円× 回 円	指示年月日 年 月 日	主治医への直近報告年月日 年 月 日
	准看護師 円× 回 円	訪問日 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	
管理療養費	初日 円 2回目以降 円		
情報提供		提供した情報の概要	
療養費	円	情報提供先の市(区)町村の名称	
ターミナルケア療養費	円 死亡年月日 年 月 日	(備考)	
合計	円		
訪問看護の指示を受けた医療機関の名称及び主治医の氏名 医療機関の名称 主治医の氏名			
上記の事項は、事実と相違ないことを証明します。 年 月 日 訪問看護事業者の(所在地名)代表者の氏名			

注

- 1 ※印の欄には記入しないこと。該当する口に \surd 印を記入すること。
- 2 「(補償費用の受領委任)」の欄には、診療に当たった医師若しくは医療機関又は訪問看護を行った訪問看護事業者に補償費用の請求及び受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 3 看護(訪問看護を除く。)又は移送に要した費用を請求する場合には、その領収書及び明細書を添付すること。
- 4 「8 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料並びに療養に必要な治療材料等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 「※12医師の証明」の欄は、医師の証明を求めること。ただし、これに代えて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明書を添付してもよい。

注

- 1 ※印の欄には記入しないこと。該当する口に \surd 印を記入すること。
- 2 「(補償費用の受領委任)」の欄には、診療に当たった医師若しくは医療機関又は訪問看護を行った訪問看護事業者に補償費用の受領を委任しようとする場合にのみ記入すること。
- 3 看護(訪問看護を除く。)又は移送に要した費用を請求する場合には、その領収書及び明細書を添付すること。
- 4 「8 上記以外の療養費」の欄には、入院料に食事代を含まない場合の食事料並びに療養に必要な治療材料等の名称、数量及び費用を記入し、その領収書及び明細書を添付すること。
- 5 「※12医師の証明」の欄は、医師の証明を求めること。ただし、これに代えて同様事項を記載した医師、歯科医師又は柔道整復師の証明書を添付してもよい。

附 則

- 1 この規則は、令和6年4月1日から施行する。
- 2 改正前の第3号様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。