

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22年11月5日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第62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
<p>(医療券等の交付)</p> <p>第14条 略</p> <p>(1)・(2) 略</p> <p>(3) <u>生活保護法施術券・施術費給付請求書（第39号様式）</u></p> <p>(4) <u>生活保護法施術券・施術報酬請求書（第39号様式の2）</u></p> <p>(5)・(6) 略</p>	<p>(医療券等の交付)</p> <p>第14条 医療扶助の現物給付は、次に掲げる医療券等を交付して行うものとする。</p> <p>(1)・(2) 略</p> <p>(3) <u>生活保護法施術券・施術報酬請求明細書（第39号様式）</u></p> <p>(4)・(5) 略</p>

第1号様式(第3条関係)

(表)
面接記録票

		整理番号	
面接年月日	年 月 日	面接者	
要保護者	氏名	(歳)	住所
	世帯構成		電話番号
来訪者	氏名		住所
	対象者との関係		電話番号
相談回数	初回・()回目(前回来所年月日 年 月 日)		
保護歴の有無	無・有(年 月 日 ~ 年 月 日)		
来訪目的 (相談内容)			
来訪者への 助言内容			
急迫状態 の判断	預貯金・現金等の保有状況		
	ライフラインの停止・ その料金の滞納状況		
	国民健康保険料等の滞納状況		
制度の説明	実施(保護のしおり等: 配布・未配布)・未実施		
申請意思	有 ・ 無		
面接結果 (詳細は裏面)	申請受理		
	相談のみ (理由)		
供覧・決裁			

第1号様式(第3条関係)

(表)
面接記録票

面接年月日		年 月 日	面接者氏名		
保護を 受けよう とする者	氏名		男・女	歳	世帯主 との関係
	世帯主氏名				
	現住所		電話番号		
代理人 のとき	代理人氏名			住所	
	代理した理由				
来訪の目的					
面接 結果	種類	措置	要交付書類	要訪問	措置したその他の内容
	生児	1 申請受理	1 申請書	指示した訪問年月日	
	児童	2 相談指導のみ	2 傷病届		
	身体障害 知的障害 精神障害	3 関係機関 への連絡	3 その他		
	高齢者 母子旅行 その他	4 その他			
措置結果の理由 (詳細は裏面)					

(裏)

(調査事項の詳細な内容)

困窮の状況	
主な生活帯員歴	
家族構成	
世帯の収入	
資産の保有状況	
扶養義務者状況	

(注意) 申請を受理した者については、記載を省略することができる。

(裏)

(調査事項の詳細な内容)

困窮の状況	
主な生活帯員	
家族構成	
世帯の収入	
資産の保有状況	
扶養義務者の状況	

(注意) 申請を受理した者については、記載を省略することができる。

(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)
(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	治ゆ・中止
	① マッサージ	躯幹	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 温電法	円×	回=	円		
	④ 温電法・電気光線器具	円×	回=	円		
	⑤ 往療料 加算(2 kmまで km)	円×	回=	円		
⑤ 往療料 加算(2 kmまで km)	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	請求		※決定	
⑥ 合計金額 (①+②+③+④+⑤)			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		
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 住所 香川県 事務所長 殿 指定施術者 氏名 ⑩					

※香川県 事務所長 印

(表)
生活保護法施術券・施術報酬請求明細書
(あん摩・マッサージ)
(年 月分) 地区担当員⑩ 取扱担当者⑪

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)					
施術報酬請求明細書	初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	転帰	治ゆ・中止	
	① マッサージ	円×	局所×	回=	円	摘要	
		② 変形徒手矯正術	円×		回=		円
		③ 温電法	円×		回=		円
		④ 温電法・電気光線器具	円×		回=		円
		⑤ 往療料 加算(km)	円×		回=		円
	⑤ 往療料 加算(km)	円×		回=	円		
	施術日	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	請求		※決定	
	⑥ 合計金額 (①+②+③+④+⑤)			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	⑪		

※香川県 事務所長 印
名指
及定
び施
住術
所者

(裏)

指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、この施術費給付請求明細書の「本人支払額」の欄に記入された金額ですから、窓口で徴収してください。
- 2 この生活保護法施術券の有効期限の延長を必要と認めたときは、直ちに、保健福祉事務所又は小豆総合事務所に連絡の上、補正を受けてください。この場合、連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 この生活保護法施術券の「傷病名（部位）」の欄に記入された傷病名（部位）以外の傷病（部位）が発生し、これについての施術を要するときは、この施術費給付請求明細書の「摘要」の欄にその傷病（部位）名又は往療を必要とした理由等を記入してください。この場合、記入がないと減額されることがありますから注意してください。
- 4 この生活保護法施術券の所定事項並びにこの施術費給付請求明細書の「本人支払額」及び「社保負担」の欄に必要な事項の記入のないもの並びに生活保護法施術券に事務所長の印のないものは無効ですから保健福祉事務所又は小豆総合事務所に返送してください。
- 5 「初回施術年月日」の欄には費用負担関係があるかないかにかかわらず、その傷病（部位）についての初回施術年月日を記入してください。
- 6 この施術費給付請求明細書及びこの請求書について、次のいずれかに該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求者の氏名の記入及び押印がない場合
 - (2) 初回施術年月日の記入がない場合
 - (3) 往療距離の記入がない場合
 - (4) その他記載不備がある場合
- 7 ※印の欄は、記入しないでください。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、この生活保護法施術券をもってこれに代えます。
- 2 この生活保護法施術券で施術を受けることができる期間は、「この券の有効期間」の欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、この施術費給付請求明細書の「本人支払額」の欄に記入された金額ですから、窓口で支払ってください。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更、停止又は廃止が行われることがあります。
- 4 施術者及び事務所長の指示及び指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、速やかに、その旨を保健福祉事務所又は小豆総合事務所に届け出てください。
- 6 この生活保護法施術券は、他人に譲ったり、又は使用させてはいけません。

(裏)

指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収してください。
- 2 施術券の有効期限の延長を必要と認めたときは、直ちに、福祉事務所に連絡の上、補正を受けてください。この場合、連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名（部位）」の欄に記入された傷病名（部位）以外の傷病（部位）が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病（部位）名又は往療を必要とした理由等を記入してください。この場合、記入がないと減額されることがありますから注意してください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要な事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから福祉事務所に返送してください。
- 5 「初回施術年月日」欄には費用負担関係があるかないかにかかわらず、その傷病（部位）についての初回施術年月日を記入してください。
- 6 施術報酬請求明細書について、次のいずれかに該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求者の氏名の記入及び捺印がない場合
 - (2) 初回施術年月日の記入がない場合
 - (3) 往療距離の記入がない場合
 - (4) その他記載不備がある場合
- 7 ※印の欄には記入しないでください。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることができる期間は、施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面の「本人支払額」欄に記入された金額ですから、窓口で支払ってください。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更停止又は廃止が行われることがあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示及び指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、速やかに、その旨を福祉事務所に届け出てください。
- 6 施術券は、他人に譲ったり、又は使用させてはいけません。

(表)
生活保護法施術券・施術報酬請求書
(柔道整復)

(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
	患者氏名	(歳) 男 女	居住地		
	指定施術者名	傷病名 (部位)			
施 術	○負 傷 名	○負傷年月日	○初検年月日	○施術開始	○施術終了
	(1)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(2)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(3)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(4)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
報 酬	○経 過				新規・継続
	初検料 円	初検時相談支援料 円	再検料 円	往療料 km 回 円	金庫貯等加算 (大・中・小) 円 計 円
請 求 書	加算 (休日・深夜・時間外) 円	加算 (夜間・暴風雨雪) 円	施術情報提供料 円		
	整復料・固定料・施療料 (1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円 計 円
施 術 証 明 書	部位	通減 %	通減開始 始月日	後療料 円 回 円	冷電法料 80円 回 円
	1	100	—		
	2	100	—		
	3	70	—		
○摘要		※ 社保負担 (健・共)		有・無	割 ※本人支払額 円
差引請求 (支払) 金額 円		※決定 円			
施 術 証 明 書	上記のとおり施術したことを証明します。 年 月 日				
	所在地 施 術 所 名 称 電 話		指定施術者 氏 名		

※香川県
事務所長 印

(表)
生活保護法施術券・施術報酬請求明細書
柔 道 整 復
(地区担当員印)

(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
	患者氏名	居住地			
	指定施術者名	傷病名 (部位)			
施 術	○負傷名	○負傷年月日	○初検年月日	○施術開始	○施術終了
	(1)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(2)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(3)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	(4)	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
報 酬	○経 過				請求区分 新規・継続
	初検料 円	初検時相談支援料 円	再検料 円	往療料 km 回 円	金庫貯等加算 (大・中・小) 円 計 円
請 求 書	加算 (休日・深夜・時間外) 円	加算 (夜間・暴風雨雪) 円	施術情報提供料 円		
	整復料・固定料・施療料 (1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円 計 円
施 術 証 明 書	部位	通減 %	通減開始 始月日	後療料 円 回 円	冷電法料 80円 回 円
	1	100	—		
	2	100	—		
	3	80	—		
○摘要		※ 社保負担 (健・共)		有・無	割 ※本人支払額 円
差引請求 (支払) 金額 円		※決定 円			
施 術 証 明 書	上記のとおり施術したことを証明します。 年 月 日				
	所在地 施 術 所 名 称 電 話		指定施術者 氏 名		

※香川県
事務所長 印
指定住居者

(裏)

指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、この施術報酬請求書の「本人支払額」の欄に記入された金額ですから、窓口で徴収してください。
- 2 この生活保護法施術券の有効期限の延長を必要と認めるときは、直ちに、保健福祉事務所又は小豆総合事務所に連絡の上、補正を受けてください。この場合、連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 この生活保護法施術券の「傷病名(部位)」の欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、この施術報酬請求書の「摘要」の欄にその傷病(部位)名を記入してください。この場合、記入がないと減額されることがありますから注意してください。
- 4 この生活保護法施術券の所定事項並びにこの施術報酬請求書の「本人支払額」及び「社保負担」の欄に必要な事項の記入のないもの並びにこの生活保護法施術券に事務所長の印のないものは無効ですから保健福祉事務所又は小豆総合事務所に返送してください。
- 5 「初検年月日」の欄には費用負担関係があるかないかにかかわらず、その傷病(部位)についての初検年月日を記入してください。
- 6 この施術報酬請求書及びこの施術証明欄について、次のいずれかに該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 指定施術者(請求者)の氏名の記入及び押印がない場合
 - (2) 初検年月日の記入がない場合
 - (3) 往療距離の記入がない場合
 - (4) その他記載不備がある場合
- 7 ※印の欄は、記入しないでください。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、この生活保護法施術券をもってこれに代えます。
- 2 この生活保護法施術券で施術を受けることができる期間は、「この券の有効期間」の欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、この施術報酬請求書の「本人支払額」の欄に記入された金額ですから、窓口で支払ってください。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更、停止又は廃止が行われることがあります。
- 4 施術者及び事務所長の指示及び指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、速やかに、その旨を保健福祉事務所又は小豆総合事務所に届け出てください。
- 6 この生活保護法施術券は、他人に譲ったり、又は使用させてはいけません。

(裏)

指定施術者へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書の「本人支払額」欄記入の金額ですから窓口で徴収してください。
- 2 施術券の有効期限の延長を必要と認めるときは、直ちに、福祉事務所に連絡の上、補正を受けてください。この場合、連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術券の「傷病名(部位)」の欄に記入された傷病名(部位)以外の傷病(部位)が発生し、これについての施術を要するときは、請求明細書の「摘要」欄にその傷病(部位)名を記入しておいてください。この場合、記入がないと減額されることがありますから注意してください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要な事項の記入のないもの及び施術券に福祉事務所長印のないものは無効ですから福祉事務所に返送してください。
- 5 「初検年月日」欄には費用負担関係があるかないかにかかわらず、その傷病(部位)についての初検年月日を記入してください。
- 6 施術報酬請求明細書について、次のいずれかに該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求者の氏名の記入及び捺印がない場合
 - (2) 初検年月日の記入がない場合
 - (3) 往療距離の記入がない場合
 - (4) その他記載不備がある場合
- 7 ※印の欄には記入しないでください。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、本券をもってこれに代えます。
- 2 この施術券で施術を受けることができる期間は、施術券の「この券の有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面の「本人支払額」欄に記入された金額ですから、窓口で支払ってください。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更停止又は廃止が行われることがあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示及び指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、速やかに、その旨を福祉事務所に届け出てください。
- 6 施術券は、他人に譲ったり、又は使用させてはいけません。

(表)

生活保護法施術費給付承認書 (はり・きゅう)

(年 月分)	(地区担当員印)	(取扱担当者印)
交付番号	有効期間 日から 日まで	施術開始日 年 月 日
生活保護法施術券	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
上記患者について、はり・きゅうの施術費給付を要することを認めます。 年 月 日	香川県	事務所長 印

施術費給付請求書 (はり・きゅう)

初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	既施術回数	回	転帰	治ゆ・中止
① 初 検 料 1 はり 2 きゅう 3 はり・きゅう併用					円	摘 要	
	はり	円×	回=	円			
	きゅう	円×	回=	円			
② 施術料 はり・きゅう併用 電療料 1電気針 2電気温灸器 3電気光線器具					円		
	はり・きゅう併用	円×	回=	円			
③ 往 療 料 加 算 (km)					円		
	2kmまで	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	請 求		※ 決 定		
④ 合計金額 (①+②+③)					円	円	
※⑤ 社保負担 (健・共) 有・無 割					円	円	
※⑥ 本人支払額	円					円	円
⑦ 差引請求 (支払) 金額 (④-⑤-⑥)					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

香川県 事務所長 殿 住所 はり・きゅう師 氏名 印

委任状 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 印

(表)

生活保護法施術費給付承認書 (はり・きゅう)

(年 月分)	(地区担当員印)	(取扱担当者印)
交付番号	有効期間 日から 日まで	施術開始日 年 月 日
生活保護法施術券	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	はり・きゅう師氏名
上記患者について、はり・きゅうの施術費給付を要することを認めます。 年 月 日	香川県	事務所長 印

施術費給付請求書 (はり・きゅう)

初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	既施術回数	回	転帰	治ゆ・中止
① 初 回 1 はり 2 はり (電気針併用) 3 きゅう 4 きゅう (電気温灸器併用) 5 はり・きゅう併用 6 はり・きゅう併用 (電気針・電気温灸器併用)					円	摘 要	
	はり (電気針併用)	円×	回=	円			
	きゅう (電気温灸器併用)	円×	回=	円			
② 2回目以降 はり・きゅう併用 はり・きゅう併用 (電気針併用・電気温灸器併用)					円		
	はり・きゅう併用 (電気針併用・電気温灸器併用)	円×	回=	円			
③ 往療料 加 算 (km)					円		
	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	請 求		※ 決 定		
④ 合計金額 (①+②+③)					円	円	
※⑤ 社保負担 (健・共) 有・無 割					円	円	
※⑥ 本人支払額	円					円	円
⑦ 差引請求 (支払) 金額 (④-⑤-⑥)					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 (はり・きゅう師名) _____ 氏名 印

香川県 事務所長 殿

委任状 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・きゅう師名) _____ 氏名 印

(裏)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、この施術費給付請求明細書の「本人支払額」の欄に記入された金額ですから、窓口で徴収してください。
- 2 この生活保護法施術券の有効期限の延長を必要と認めるときは、直ちに、保健福祉事務所又は小豆総合事務所に連絡の上、補正を受けてください。この場合、連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 この生活保護法施術券の所定事項並びにこの施術費給付請求明細書の「本人支払額」及び「社保負担」の欄に必要事項の記入のないもの並びにこの生活保護法施術券に事務所長の印のないものは無効ですから保健福祉事務所又は小豆総合事務所に返送してください。
- 4 「初回施術年月日」の欄には、費用負担関係があるかないかにかかわらず、その傷病についての初回施術年月日を記入してください。また、「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んでください。
- 5 「摘要」の欄には、往療を必要とした理由等を記入してください。
- 6 この施術費給付請求明細書及びこの請求書（委任の必要がある場合は委任状も）について、次のいずれかに該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求者の氏名の記入及び押印がない場合
 - (2) 初回施術年月日及び既施術回数の記入がない場合
 - (3) 往療距離の記入がない場合
 - (4) その他記載不備がある場合
- 7 ※印の欄は、記入しないでください。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、この生活保護法施術券をもってこれに代えます。
- 2 この生活保護法施術券で施術を受けることができる期間は、「有効期間」の欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、この施術費給付請求明細書の「本人支払額」の欄に記入された金額ですから、窓口で支払ってください。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更、停止又は廃止が行われることがあります。
- 4 施術者及び事務所長の指示及び指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術を受けている期間は、この生活保護法施術券の「傷病名」に記入された傷病については、指定医療機関の医療を受けることはできませんから注意してください。
- 6 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、速やかに、その旨を保健福祉事務所又は小豆総合事務所に届け出てください。
- 7 この生活保護法施術券は、他人に譲ったり、又は使用させてはいけません。

(裏)

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術費給付請求明細書の「本人支払額」欄記入の金額ですから、窓口で徴収してください。
- 2 施術費給付承認書の有効期限の延長を必要と認めるときは、直ちに、福祉事務所に連絡の上、補正を受けてください。この場合、連絡がないと減額されることがありますから注意してください。
- 3 施術費給付承認書の所定事項及び請求明細書の「本人支払額」、「社保負担」欄に必要事項の記入のないもの及び承認書に福祉事務所長印のないものは無効ですから福祉事務所に返送してください。
- 4 「初回施術年月日」欄には費用負担関係があるかないかにかかわらず、その傷病についての初回施術年月日を記入してください。また、「①初回」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んでください。
- 5 「摘要」欄には、往療を必要とした理由等を記入してください。
- 6 施術費給付請求書について、次のいずれかに該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求者の氏名の記入及び捺印がない場合
 - (2) 初回施術年月日及び既施術回数の記入がない場合
 - (3) 往療距離の記入がない場合
 - (4) その他記載不備がある場合
- 7 ※印の欄には記入しないでください。

患者へのお知らせ

- 1 併給の場合で、別に保護変更決定通知書を交付しないときは、この施術費給付承認書をもってこれに代えます。
- 2 この施術費給付承認書で施術を受けることができる期間は、「有効期間」欄に記入された日数です。
- 3 あなたが直接支払う額は、表面の「本人支払額」欄に記入された金額ですから、窓口で支払ってください。なお、本人支払額が支払われていない場合には、保護の変更、停止又は廃止が行われることがあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示及び指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術を受けている期間は、その疾病については、指定医療機関の医療を受けることはできませんから注意してください。
- 6 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、速やかに、その旨を福祉事務所に届け出てください。
- 7 施術費給付承認書は、他人に譲ったり、又は使用させてはいけません。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に改正前の生活保護法施行細則の規定により交付されている医療券等は、改正後の生活保護法施行細則の相当規定により交付された医療券等とみなす。

3 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。