

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23年5月6日

香川県知事 浜 田 恵 造

**香川県規則第41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) 第14条 略</p> <p>(1)～(3) 略 (4) <u>生活保護法施術券・施術報酬請求明細書</u>（第39号様式の2） (5)・(6) 略</p>	<p>(医療券等の交付) 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)～(3) 略 (4) <u>生活保護法施術券・施術報酬請求書</u>（第39号様式の2） (5)・(6) 略</p>

(表)  
生活保護法施術券・施術報酬請求明細書  
(柔道整備)

( 年 月分)		地区担当員印	取扱担当員印	事務所長印																											
交付番号	この券の有効期間			1 単給 2 併給																											
患者氏名	男 女	生年月日	居住地																												
指定施術者名	傷病名(部位)																														
負傷名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日																											
(1)				治療・中止・転医																											
(2)				治療・中止・転医																											
(3)				治療・中止・転医																											
(4)				治療・中止・転医																											
(5)				治療・中止・転医																											
負傷の原因(業務災害、通勤災害又は第三者の行為によるもの以外の原因による。)																															
経過	請求区分			新規・継続																											
施術日	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
初検料	円	初検時相談支援料	円	再検料	円	往療料	km	回	円	金属器具等加算(大・中・小)	円	計	円																		
加算(休日・深夜・時間外)		円	加算(夜間・難路・暴風雨雪)		円	施術情報提供料		円	計	円																					
整復料・固定料・治療料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円																			
部位	透視%	通減開始月	後療法料	円	回	円	冷電法料	円	回	円	温電法料	円	回	円	電療料	円	回	円	計	円	多部位	計	円	長期	計	円					
(1)	100																														
(2)	100																														
(3)	70																														
(4)	100																														
概要												合計	円																		
※社保負担(健・共)有・無												割	円																		
本人支払額												※	円																		
差引請求(支払)金額												円																			
決定金額												※	円																		
上記のとおり施術したことを証明します。												所在地																			
年 月 日												施術所名称																			
指定施術者												電話																			
指定施術者												氏名																			

備考 この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

(表)  
生活保護法施術券・施術報酬請求書  
(柔道整備)

( 年 月分)		地区担当員印	取扱担当員印
交付番号	この券の有効期間		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)		
○負傷名	○負傷年月日	○初検年月日	○施術開始
(1)	年月日	年月日	年月日
(2)	年月日	年月日	年月日
(3)	年月日	年月日	年月日
(4)	年月日	年月日	年月日
(5)	年月日	年月日	年月日
○経過			新規・継続
初検料	初検時相談支援料	再検料	往療料
円	円	円	km 回 円
加算(休日・深夜・時間外)		加算(夜間・難路・暴風雨雪)	
円		円	
施術情報提供料			円
金器具等加算(大・中・小)			円
計			円
○摘要			
※社保負担(健・共)		有・無	
割		※本人支払額	
円		円	
差引請求(支払)金額			
※決定			
円			
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

(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「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、この施術報酬請求明細書の「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 「負傷の原因」の欄には3部位目を所定料金の100分の70に相当する金額により算定することとなる場合には、全ての負傷名に係る具体的な負傷の原因を記載してください。
- 7 「施術日」の欄には施術を行った日を○で囲んでください。
- 8 「往療料」の欄には往療した患者までの直線距離(km)、回数及び往療料を記載し、夜間、難路又は暴風雨雪加算を算定する場合は、該当する文字を○で囲んで加算額を記載してください。  
また、「摘要」の欄に次の事項を記載してください。  
(1) 歩行困難等真にやむを得ない理由  
(2) 暴風雨雪加算を算定した場合は、当該往療を行った日時  
(3) 難路加算を算定した場合は、当該往療を行った日時及び難路の経路  
(4) 片道16kmを超える往療料を算定した場合は、往療を必要とする絶対的な理由
- 9 脱臼又は骨折の施術に同意した医師の氏名と同意日を「摘要」の欄に記載してください。
- 10 この施術報酬請求明細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
- 11 ※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。

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交付されている改正前の第39号様式の2による医療券等は、改正後の第39号様式の2による医療券等とみなす。
- 3 改正前の第39号様式の2による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。