

生活保護法及び中国残留邦人等支援法による

# 医療扶助の手引き

(指定施術機関用)

令和4年7月

神戸市福祉局保護課

## 目 次

第1 生活保護法及び医療扶助のあらまし .....	2
1. 生活保護の目的 .....	2
2. 保護の種類と方法 .....	2
3. 医療扶助について .....	2
4. 医療扶助の範囲 .....	2
第2 中国残留邦人等支援法及び医療支援給付のあらまし .....	3
1. 法律の名称 .....	3
2. 支援給付の目的 .....	3
3. 医療支援給付について .....	3
4. 対象者 .....	3
5. 担当課 .....	3
6. その他ご注意いただくこと .....	3
第3 施術給付の申請から決定まで .....	4
1. 施術給付の申請 .....	4
2. 施術給付の要否の確認 .....	4
3. 施術券の発行 .....	4
4. 施術給付方針及び施術料 .....	4
第4 指定施術機関の義務 .....	11
1. 医療担当規定について .....	11
2. 指導等について .....	11
3. 届出について .....	11
福祉事務所等一覧 .....	31

## 第1 生活保護法及び医療扶助のあらまし

### 1. 生活保護の目的

憲法第25条には「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国はすべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」と規定されています。

生活保護法はこの憲法の理念に基づいて、国が生活に困窮するすべての国民に対して困窮の程度に応じて必要な保護を行い、最低限度の生活を保障するとともにその自立を助長することを目的とするものです。

### 2. 保護の種類と方法

生活保護は次の8つの扶助（生活扶助、住宅扶助、教育扶助、介護扶助、医療扶助、出産扶助、生業扶助、葬祭扶助）から構成され、それぞれ最低生活を充足するのに必要とされる限度において具体的な支給範囲が定められています。

生活、住宅、教育、出産、生業及び葬祭の各扶助については、金銭給付を原則としていますが、医療扶助及び介護扶助は、給付の性質上現物給付を原則としています。

### 3. 医療扶助について

医療扶助は上記の8つの扶助のうちのひとつであり、医療保障の最後の砦の役割を果たしています。

貧困と疾病は密接な関係があり、病気ゆえに生活が苦しくなり、生活保護を申請する例が特に多く見受けられます。

現在、保護の開始で傷病を原因とするものは非常に多く、被保護者の約80%が医療扶助を受けており、また医療扶助費は生活保護費全体の約45%を占め、医療扶助は生活保護の扶助の中で特に大きな比重を占めています。

### 4. 医療扶助の範囲

医療扶助は、次に掲げる範囲内において行います（生活保護法第15条）。

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料
- ③ 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- ④ 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
- ⑤ 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
- ⑥ 移送

この範囲は、国民健康保険及び健康保険の療養の給付と療養費の支給の範囲をあわせたものとほぼ同様です。しかし、まったく同一範囲ではなく、最低生活の保障を目的とする生活保護法上では医療上必要不可欠のものであれば給付しています。

## 第2 中国残留邦人等支援法及び医療支援給付のあらまし

### 1. 法律の名称

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

### 2. 支援給付の目的

中国残留邦人及び樺太残留邦人は、昭和20年当時に生じた混乱等により、本邦に引き揚げることができず、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方々で、これらの特別な事情に鑑み、この度、生活の安定のための特別な措置を講ずることになったものです。

支援の内容は、国民年金の特例等により、老齢基礎年金の満額支給（厚生労働省所管）を始め、新たな支援給付（神戸市所管）として、生活支援給付・住宅支援給付・医療支援給付・介護支援給付等を生活保護に準じた取扱いにより実施することになりました。

### 3. 医療支援給付について

医療支援給付は、生活保護法による医療扶助に準じた取扱いとなります。ゆえに、生活保護法による医療扶助と同様に、保険診療の範囲内で、本人負担はありません。

### 4. 対象者

「老齢基礎年金の満額支給」の対象となる方とその配偶者と世帯の収入が一定の基準に満たない方

### 5. 担当課

担当課は、垂水区保健福祉部生活支援課です。中国残留邦人等の居住地が、垂水区以外の場合でも、垂水区で全市の方の給付事務を行います。

### 6. その他ご注意いただくこと

#### (1) 指定施術機関

生活保護法の指定を受けた施術機関は同時に中国残留邦人等支援法の指定を受けた施術機関となります。

なお、原則として、生活保護法の非指定の施術機関で施術を受けることはできません。

#### (2) 本人確認証

被支援者全員に「本人確認証」(P.29)が発行されます。

#### (3) 他法との関係

中国残留邦人等に対する医療支援給付の被支援者になる場合は、生活保護の医療扶助は適用されません。

被支援者は、生活保護受給者と同様、国民健康保険・後期高齢者医療制度の対象除外となります。

被用者保険や他法他施策により医療の給付がなされる場合を除き、医療支援給付の対象となります。

### 第3 施術給付の申請から決定まで

#### 1. 施術給付の申請

施術の給付を受けたい患者は、まず福祉事務所長に対して申請をする必要があります。

#### 2. 施術給付の要否の確認

申請を受けた福祉事務所長は、施術の給付を行う必要があるか否かを判断する資料にするために、「給付要否意見書」(p.5～6)を申請者に対し発行し、指定施術機関から意見を求めて施術の要否を確認します。なお、施術を行う場合は医師同意が必要(ただし、柔道整復については打撲又は捻挫の患部への手当、脱臼又は骨折の患部への応急手当については不要)となり、医療機関で給付要否意見書の医師同意欄に記載をいただくことで確認します。

給付要否意見書は、給付の要否を判定する上で欠かすことのできないものですから、必要事項を記入の上、できるだけ早く福祉事務所長に提出してください。

また、あん摩・マッサージ及びはり・きゅうについて、6ヶ月を超えて施術の継続が必要な場合の医師の再同意に当たっては、療養費の基準と同様、医師が施術者の作成した施術報告書(p.7)により状態等を確認するとともに、直近の診察に基づき同意することとされております。

#### 3. 施術券の発行

給付要否意見書に基づき、施術の給付を必要と認めたときは、福祉事務所長は申請者に対して施術券(p.8～10)を発行します。

#### 4. 施術給付方針及び施術料

必要最小限度の施術を原則として現物給付するものとし、その範囲は、あん摩・マッサージ、柔道整復及びはり・きゅうが対象となります。費用は国民健康保険の例によります。

#### 5. 施術料の請求手続き

施術機関が施術報酬を請求するには、福祉事務所から交付された施術券に基づき、当月施術分を施術報酬請求明細書及び請求書に記入し、翌月10日までに施術券を発行した福祉事務所に提出してください。

あん摩・マッサージ及びはり・きゅうについて、施術報告書を患者様もしくは再同意する医師に交付し、施術報告書交付料を算定(再同意が必要な給付要否意見書発行につき1回に限る)する場合は、各福祉事務所へ請求する際に、必ず施術報告書の写しを添付して請求ください。



<b>保護変更申請書（傷病届）</b>						受 理		
地 区	9999	世帯員番号	XXXXXXXX	発行年月日	XXXXXXXXXXXXXXXXXX			
患者氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXX		性別	XX	生年月日			XXXXXXXXXXXX
住 所	XX						社保	X
XXXXXXXXXXXXXXXXXX 様 平成 年 月 日								
上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。 申請者 住 所 神戸市 区 町通 丁目 氏 名								
(印)								

※柔道整復師 X

**新規給付要否意見書（柔道整復）**

(氏名) XXXXXXXXXXXXXXXX にかかる			
柔道整復の給付の要否について意見を求めます。 XXXXXXXXXXXXXXXX			
要 否 意 見 （ 柔 道 整 復 師 記 載 欄 ）	傷 病 名（部位）	初 検 年 月 日	傷病の程度及び給付を必要とする理由
	(1)	年 月 日	
	(2)	年 月 日	
	(3)	年 月 日	
	(4)	年 月 日	
	(5)	年 月 日	
(6)	年 月 日		
療 養（治癒）見込期間		概 算 見 積 額（初 検 時）	
		1ヵ月目（月分）	2ヵ月目（月分）
		円	円
往療が必要な場合の理由			
XXXXXXXXXXXXX 様 平成 年 月 日			
上記のとおり柔道整復を（1. 要する 2. 要しない）と認めます。 施 術 所 の 所在地及び名称 施 術 者 名			
(印)			

※発行取扱者

医師 同意	医療機関の 所在地及び名称 院（所）長	平成 年 月 日
----------	---------------------------	----------

(注) 柔道整復師が、脱臼・骨折を施術する場合のみ医師の同意を得た旨を記載するだけで差しつかえありません。

※福祉事務所記入欄

嘱託 医 意 見 欄	(印)
------------------------	-----

※

承認期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日
決裁欄	施行年月日 平成 年 月 日
	決裁年月日 平成 年 月 日
課長担当	係長担当
係長担当	係長担当
担当員	医療

※ 入力確認



<b>保護変更申請書（傷病届）</b>						受 理	
地 区	9999	世帯員番号	XXXXXX	発行年月日	XXXXXXXXXX		
患者氏名	XXXXXXXX		性別	XX	生年月日		XXXXXXXXXX
住 所	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX					社保	X
XXXXXXXXXXXXXXXX 様 平成 年 月 日 上記のとおり生活保護法による保護の変更を申請します。 申請者 住 所 神戸市 区 町 丁目 氏 名							

※指定施術者名  
XXXXXXXXXX

**給付可否意見書（はり・きゅう、あん摩・マッサージ）**

(氏名) XXXXXXXXXXXXXXXX にかか		XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
施術の給付の可否について意見を求めます。						
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（治療）見込期間	概 算 見 積 額（初療時又は7ヶ月目以降）					
	1ヵ月目( 月分)	2ヵ月目( 月分)	3ヵ月目( 月分)	4ヵ月目( 月分)	5ヵ月目( 月分)	6ヵ月目( 月分)
	円	円	円	円	円	円
初療の日から6か月を越えて施術が必要な場合や往療が必要な場合の理由						
XXXXXXXXXXXXXXXX 様 平成 年 月 日 上記のとおり給付を（1. 要する 2. 要しない）と認めます。 施 術 所 の 所在地及び名称 施 術 者 名						

※発行取扱者

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があれば記入して下さい) (任意)		

(注) 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。  
 2 「療養（治療）見込期間」及び「概算見積額」欄は、初療時（6ヶ月を超えて療養を必要とする場合は7ヶ月目以降）の療養（治療）見込期間及び概算見積額を記載すること。

※福祉事務所記入欄

嘱託 医 意 見 欄	(印)
------------------------	-----

※

承認期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
決裁欄	施行年月日 平成 年 月 日		
	決裁年月日 平成 年 月 日		
課長	係長	担当員	医療
担当	担当		

※

入力確認
------

## 施術報告書

医師 様

---

- 以下のとおり、施術の状況をご報告いたします。
- 本報告をご覧いただくとともに、直近の診察に基づいて、施術継続の再同意の可否についてご判断いただくとともに生活保護の給付要否意見書の医師同意欄の記入をお願い申し上げます。
- ご不明の点や特段の注意事項等ありましたら下記まで御連絡いただきますようお願いいたします。

患者氏名	
患者生年月日	
施術の内容・頻度	
患者の状態・経過	
特記すべき事項	

年 月 日

施術所名

住所

電話・FAX番号

メールアドレス

施術者氏名

---



柔道 整復

XX 年 X 月分



XXXXXXXXXXXXXXXXXX

生 活 保 護 法 券	地区	9999	世帯員番号	XXXXXXXX	発行番号	XXXXXXXXXXXX	受 理	
	券有効期間	日 ~ 日まで		発行年月日	: XXXXXXXXXXXX			
	氏名	XXXXXXXXXXXXXXXXXX			性別	XX	生年月日	XXXXXXXXXXXX (XX 歳)
	住所	XX						
	施術者	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						

施 術 報 酬 請 求 明 細 書	負傷名		負傷年月日	初検年月日	施術開始	施術終了	実日数	転 帰						
	(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								
(5)		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日									
経過							請求区分	新規・継続						
負傷の原因														
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	金網帽子等加算(大・中・小)	円	計	円		
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	計	円
整復料・固定料・施療料	(1)	円	(2)	円	(3)	円	(4)	円	(5)	円	計	円		
部位	通減	通減開始	後療料	冷電法料	温電法料	電療料	計	多	計	長期	計	円		
1	100	—						—	—					
2	100	—						—	—					
3	60	—						0.6	—					
	100	—						—	—					
4	60	—						0.6	—					
	100	—						—	—					
※(4)算定欄は、(1)～(3)病が治癒した場合の繰り上がり算定の場合使用														
摘要						※ 社保負担 無 割 円								
差引請求(支払)金額						円 ※ 決定 円								
請 求 書	XXXXXXXXXXXXXXXXXX 様 平成 年 月 日 金額 円 上記明細書による施術料を請求します。 施術者氏名 及び住所 (印)													

1. 債権者登録をしている場合は債権者番号を記入してください。

登録債権者番号	.....	入力確認	
---------	-------	------	--

2. 債権者登録をしていない場合は振込先を記入してください。

銀行名		支店名		預金種目	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄 9. その他 ( )
口座番号	.....				
口座名義(カナ)	.....				

施術券及び施術報酬請求明細書（はり・きゅう）  
平成XX年X月 分



XXXXXXXXXXXXXXXXXX

生 活 保 護 法 券	地区	9999	世帯員番号	XXXXXX	発行番号	XXXXXXXXXX	受 理	
	券有効期間	XX日～XX日まで			発行年月	平成XX年XX月XX日		
	氏名	XXXXXXXXXX			性別	XX	生年月日	XXXXXXXXXX (XX歳)
	住所	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						
	施術者	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX						

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	治ゆ・中止																							
	① 初 検 料					円					摘 要																						
	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用																																
	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																								
		電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具					円×	回=	円																								
	③ 往 療 料      km					円×	回=	円																									
	④ 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月)					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
⑤ 合計金額 (①+②+③+④)					請 求					※ 決 定																							
					円					円																							
※ ⑥ 社保負担      無      割					円					円																							
⑦ 差引請求 (支払) 金額 (⑤-⑥)					円					円																							

請 求 書	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 様	平成 年 月 日
	金額                      円	上記明細書による施術料を請求します。
		施術者氏名 及び住所

(印)

1. 債権者登録をしている場合は債権者番号を記入してください。

登録債権者番号	.....
---------	-------

入力確認	
------	--

2. 債権者登録をしていない場合は振込先を記入してください。

銀行名		支店名		預金種目	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄 9. その他 ( )
口座番号	.....				
口座名義(カナ)	.....				



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

生活 保術 護 法 券	地区	9999	世帯員番号	XXXXXXX	発行番号	XXXXXXX	受 理	
	券有効期間	XX日 ~ XX日まで		発行年月日	平成XX年XX月XX日			
	氏名	XXXXXXXXXXXX			性別	XX	生年月日	XXXXXXXXXXXX (XX歳)
	住所	XXXXXXXXXXXXXXXX						
	施術者	XXXXXXXXXXXX						

施 術 費 給 付 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 × 肢 × 回 =		円		
	③ 温 罌 法	円 × 回 =		円		
	④ 温 罌 法 ・ 電 気 光 線 器 具	円 × 回 =		円		
	⑤ 往 療 料 k m	円 × 回 =		円		
	⑥ 施 術 報 告 書 交 付 料 (前回支給: 年 月)	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				
合 計 金 額 ⑦ (①+②+③+④+⑤+⑥)			請 求	※ 決 定		
※ ⑧ 社 保 負 担 無 割			円	円		
⑨ 差 引 請 求 (支 払) 金 額 (⑦-⑧)			円	円		

請 求 書	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 様	平成 年 月 日
	金額 円	上記明細書による施術料を請求します。
	施術者氏名 及び住所	

1. 債権者登録をしている場合は債権者番号を記入してください。

登録債権者番号	.....
---------	-------

入力確認	
------	--

2. 債権者登録をしていない場合は振込先を記入してください。

銀行名		支店名		預金種目	1. 普通 2. 当座 4. 貯蓄 9. その他 ( )
口座番号	.....				
口座名義(カナ)	.....				

## 第4 指定施術機関の義務

指定施術機関は、福祉事務所にかわって直接、被保護者に施術の給付を行うこととなりますので、生活保護法による保護の趣旨を十分に理解いただき、次のことを守ってください。

### 1. 医療担当規定について

「指定医療機関医療担当規程」(P.12～13)を参照してください。

### 2. 指導等について

指定医療機関は、被保護者の医療について、厚生労働大臣または市長の行う指導等を受ける場合があります(生活保護法第50条第2項, 第54条)。

### 3. 届出について

指定施術機関は、次項のような事由が生じたときは、すみやかに当該施術機関の所在地を管轄する福祉事務所に届け出てください(生活保護法施行規則第14条及び第15条)。

なお届出様式はP14～P28を参照してください。神戸市ホームページからダウンロードできます。

## 指定医療機関医療担当規程

昭和 25 年 8 月 23 日 厚生省告示第 222 号

最終改正 平成 30 年 9 月 28 日 厚生労働省告示第 344 号

生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）第 50 条第 1 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 1 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 2 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なく拒んではならない。

**第 3 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確かめた後でなければ診療をしてはならない。

#### （診療時間）

**第 4 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 5 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、患者が所定の手続き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 6 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、投薬を行うに当たっては、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 32 年厚生省令第 16 号）第 9 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7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っ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8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っ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9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5年間保存しなければならない。

(通知)

**第10条** 指定医療機関が、患者について次の各号の一に該当する事実のあることを知った場合には、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11条** 指定医療機関である健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第4項に規定する訪問看護を行う者に限る。）若しくは同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第8条の2第3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5条の規定は適用せず、第8条中「に関する診療録」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って」とあるのは「国民健康保険又は後期高齢者医療の例によって」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12条** 指定医療機関である薬局については、第5条の規定は適用せず、第8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13条** 第1条から第10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1条から第5条まで及び第7条から第10条までの規定は、指定助産師または指定施術者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。

(注) 第2条の初診券は各要否意見書の意味であるので念のため申し添える。

生活保護法及び中国残留邦人等支援法による指定施術機関の指定に関する届出等

届出の種別	届出を要する事由	提出書類
指定申請	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 新たに生活保護法による指定を受ける場合</li> <li>● 既に指定施術機関であり，所在地を移転した場合</li> </ul>	指定申請書 誓約書 免許証写
変更	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 指定申請書の記載内容に変更があった場合（施術所の名称を変更した場合，指定施術機関の所在地の表示が変更された場合など）</li> </ul>	変更届
休止	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 当該指定施術機関を休止した場合</li> </ul>	休止届
再開	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 休止した指定施術機関を再開した場合</li> </ul>	再開届
廃止	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 指定を受けた事業の全部又は一部を廃止した場合</li> <li>● 施術者が死亡し，あるいは失踪の宣告を受けた場合</li> <li>● 所在地を移転した場合</li> </ul>	廃止届
辞退	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 指定施術機関の指定を辞退しようとするとき（30日以上の予告期間を設けてください）</li> </ul>	辞退届
処分	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 処分を受けた場合</li> </ul>	処分届

ご注意ください

(1)各種届出は届出事項の発生から10日以内にご提出ください。

(2)施術者ごとの指定となりますので，施術所で複数の施術者の方が被保護者の施術の給付を行う場合は施術者ごとに申請が必要です。

生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定（助産機関・施術機関）指定申請書

生活保護法第 55 条及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第 14 条 4 項の規定に基づき、次のとおり指定を申請します。

氏 名	(フリガナ)	
生 年 月 日	M・T・S・H 年 月 日	
住 所	〒 ー TEL ( ) ー	
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)
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	〒 ー TEL ( ) ー
業 務 の 種 類	助産・あん摩マッサージ指圧・はり・きゅう・柔道整復	

令和 年 月 日

神戸市長 様

〒 ー

住 所

申請者

氏 名

印



#### 注意事項

- 1 この書類は、神戸市長あてに、所在地を管轄する福祉事務所を經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、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。

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

神戸市長殿

令和 年 月 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。

住所（所在地）

氏 名

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又は施術者（以下、申請者という。）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）

<助産機関・施術機関指定誓約書 裏面>

- 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こと。

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 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。

<変更届書>

生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定※  
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

次のとおり変更しましたので届け出ます。

指定医療 機関等	番 号	
	名 称（氏名）	
	所 在 地（住所）	
変 更 事 項	旧	
	新	
変 更 年 月 日	平 成 年 月 日	
委 託 患 者 の 措 置 状 況		

令和 年 月 日

知 事  
市 長 様

住 所  
届 出 者  
氏 名

㊞

## <変更届書 裏面>

### 注 意 事 項

1. この書類は、兵庫県知事又は神戸市長、姫路市長、尼崎市長、西宮市長あてに、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. 各書類は、速やかに提出してください。  
指定を辞退しようとする場合に提出する辞退届については、辞退する日の 30 日前までに提出ください。

### 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。助産所又は施術所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。
2. 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。居宅介護事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する居宅介護事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者が届け出る場合には、その開設する居宅介護支援事業所ごとに記載してください。
3. ※印のところは、不要のものを――で消してください。
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. 休止・廃止届出書、変更届出書及び辞退届出書における「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. 休止・廃止届出書における「休止年月日」は休止した年月日を、再開届出書における「再開年月日」は再開した年月日をそれぞれ記載してください。
8. 処分届出書における「処分の種類及びその年月日」は、生活保護法施行規則第 14 条に規定する処分及びその処分を受けた年月日を記載してください。
9. 申請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業所の所在地を記載し、法人の代表者印を押印してください。

生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定 ※  
 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。

指定医療 機関等	番 号	
	名 称	
	所 在 地	
※ 休止・廃止年月日	平成 年 月 日	
※ 休止・廃止の理由		
委託患者等の措置状況		
再開の見通し (休止の場合)		

令和 年 月 日

知事  
市長 様

住所  
届出者

氏名

㊞

## <休止・廃止届書 裏面>

### 注 意 事 項

1. この書類は、兵庫県知事又は神戸市長、姫路市長、尼崎市長、西宮市長あてに、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. 各書類は、速やかに提出してください。  
指定を辞退しようとする場合に提出する辞退届については、辞退する日の30日前までに提出ください。

### 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。助産所又は施術所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。
2. 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。居宅介護事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する居宅介護事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者が届け出る場合には、その開設する居宅介護支援事業所ごとに記載してください。
3. ※印のところは、不要のものを――で消してください。
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. 休止・廃止届出書、変更届出書及び辞退届出書における「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. 休止・廃止届出書における「休止年月日」は休止した年月日を、再開届出書における「再開年月日」は再開した年月日をそれぞれ記載してください。
8. 処分届出書における「処分の種類及びその年月日」は、生活保護法施行規則第14条に規定する処分及びその処分を受けた年月日を記載してください。
9. 申請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業所の所在地を記載し、法人の代表者印を押印してください。

<再開届書>

生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定※ 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。

指定医療 機関等	番 号	
	名 称	
	所 在 地	
休 止 年 月 日	平 成 年 月 日	
再 開 年 月 日	平 成 年 月 日	
再 開 の 理 由		

令和 年 月 日

知 事  
市 長 様

住 所  
届 出 者  
氏 名

㊞



## <再開届書 裏面>

### 注 意 事 項

1. この書類は、兵庫県知事又は神戸市長、姫路市長、尼崎市長、西宮市長あてに、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. 各書類は、速やかに提出してください。  
指定を辞退しようとする場合に提出する辞退届については、辞退する日の30日前までに提出ください。

### 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。助産所又は施術所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。
2. 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。居宅介護事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する居宅介護事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者が届け出る場合には、その開設する居宅介護支援事業所ごとに記載してください。
3. ※印のところは、不要のものを――で消してください。
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. 休止・廃止届出書、変更届出書及び辞退届出書における「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. 休止・廃止届出書における「休止年月日」は休止した年月日を、再開届出書における「再開年月日」は再開した年月日をそれぞれ記載してください。
8. 処分届出書における「処分の種類及びその年月日」は、生活保護法施行規則第14条に規定する処分及びその処分を受けた年月日を記載してください。
9. 申請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業所の所在地を記載し、法人の代表者印を押印してください。

< 辞 退 届 書 >

生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定

※  
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及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による指定を辞退します。

指 定 医 療 機 関 等	番 号	
	名 称	
	所 在 地	
辞 退 年 月 日	令 和 年 月 日	
委 託 患 者 等 の 措 置 状 況		

令 和 年 月 日

知 事  
市 長 様

住 所  
届 出 者  
氏 名

㊞

## < 辞退職書裏面 >

### 注 意 事 項

1. この書類は、兵庫県知事又は神戸市長、姫路市長、尼崎市長、西宮市長あてに、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. 各書類は、速やかに提出してください。  
指定を辞退しようとする場合に提出する辞退職については、辞退する日の 30 日前までに提出ください。

### 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。助産所又は施術所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。
2. 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。居宅介護事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する居宅介護事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者が届け出る場合には、その開設する居宅介護支援事業所ごとに記載してください。
3. ※印のところは、不要のものを――で消してください。
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. 休止・廃止届出書、変更届出書及び辞退職届出書における「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. 休止・廃止届出書における「休止年月日」は休止した年月日を、再開届出書における「再開年月日」は再開した年月日をそれぞれ記載してください。
8. 処分届出書における「処分の種類及びその年月日」は、生活保護法施行規則第 14 条に規定する処分及びその処分を受けた年月日を記載してください。
9. 申請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業所の所在地を記載し、法人の代表者印を押印してください。

生活保護法及び中国残留邦人等支援法指定

※ 

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。

医療機関 等指定	番 号	
	名 称	
	所 在 地	
処 分 の 種 類 及 び そ の 年 月 日		

令和 年 月 日

知 事  
市 長  
様

住 所  
届 出 者  
氏 名

㊞

## <処分届書裏面>

### 注 意 事 項

1. この書類は、兵庫県知事又は神戸市長、姫路市長、尼崎市長、西宮市長あてに、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. 各書類は、速やかに提出してください。  
指定を辞退しようとする場合に提出する辞退届については、辞退する日の30日前までに提出ください。

### 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。助産所又は施術所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。
2. 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。居宅介護事業者が届け出る場合には、その事業の種類及びその開設する居宅介護事業所ごとに記載してください。居宅介護支援事業者が届け出る場合には、その開設する居宅介護支援事業所ごとに記載してください。
3. ※印のところは、不要のものを――で消してください。
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. 休止・廃止届出書、変更届出書及び辞退届出書における「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. 休止・廃止届出書における「休止年月日」は休止した年月日を、再開届出書における「再開年月日」は再開した年月日をそれぞれ記載してください。
8. 処分届出書における「処分の種類及びその年月日」は、生活保護法施行規則第14条に規定する処分及びその処分を受けた年月日を記載してください。
9. 申請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業所の所在地を記載し、法人の代表者印を押印してください。

生活保護支払通知書（夜間・休日等緊急受診証）の見本

生活保護費支払通知書 (夜間・休日等緊急受診証) 平成 26 年 6 月 10 日発行		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>No.</th> <th>世帯員氏名</th> <th>性別</th> <th>生年月日</th> </tr> <tr> <td>02</td> <td>神戸 花子</td> <td>女</td> <td>S31. 5. 17</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>神戸 一郎</td> <td>男</td> <td>S57. 8. 21</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	No.	世帯員氏名	性別	生年月日	02	神戸 花子	女	S31. 5. 17	04	神戸 一郎	男	S57. 8. 21																													<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>地区</th> <th>世帯番号</th> <th>届出印</th> <th> </th> <th> </th> <th> </th> </tr> <tr> <td>35</td> <td>19384</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> </td> <td>月 日</td> <td>月 日</td> <td>月 日</td> </tr> </table>	地区	世帯番号	届出印				35	19384								月 日	月 日	月 日	神戸 太郎 様	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th rowspan="4">支払日</th> <td>10 月 3 日</td> <td>11 月 4 日</td> <td>12 月 4 日</td> </tr> <tr> <td>1 月 6 日</td> <td>2 月 4 日</td> <td>3 月 4 日</td> </tr> <tr> <td>4 月 2 日</td> <td>4 月 30 日</td> <td>月 日</td> </tr> <tr> <td>月 日</td> <td>月 日</td> <td>月 日</td> </tr> </table>	支払日	10 月 3 日	11 月 4 日	12 月 4 日	1 月 6 日	2 月 4 日	3 月 4 日	4 月 2 日	4 月 30 日	月 日	月 日	月 日	月 日
No.	世帯員氏名		性別	生年月日																																																																								
02	神戸 花子		女	S31. 5. 17																																																																								
04	神戸 一郎		男	S57. 8. 21																																																																								
地区	世帯番号	届出印																																																																										
35	19384																																																																											
			月 日	月 日	月 日																																																																							
支払日	10 月 3 日	11 月 4 日	12 月 4 日																																																																									
	1 月 6 日	2 月 4 日	3 月 4 日																																																																									
	4 月 2 日	4 月 30 日	月 日																																																																									
	月 日	月 日	月 日																																																																									
世帯員番号 35 - 19384 - 01																																																																												
世帯主	氏名	神戸 太郎	男																																																																									
	生年月日	S29. 9. 8																																																																										
	住所	神戸市垂水区 本多町〇丁目 〇〇〇-〇〇〇																																																																										
有効期限	H27. 5. 31																																																																											
ただし、上記の有効期限までに生活保護が停止 または廃止となった場合は使用できません。																																																																												
神戸市垂水区日向1丁目5-1 垂水福祉事務所 電話 078-708-5151(代)																																																																												

生活保護費支払通知書 (夜間・休日等緊急受診証) 平成 26 年 6 月 10 日発行		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>No.</th> <th>世帯員氏名</th> <th>性別</th> <th>生年月日</th> </tr> <tr> <td>02</td> <td>神戸 花子</td> <td>女</td> <td>S31. 5. 17</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>神戸 一郎</td> <td>男</td> <td>S57. 8. 21</td> </tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	No.	世帯員氏名	性別	生年月日	02	神戸 花子	女	S31. 5. 17	04	神戸 一郎	男	S57. 8. 21																													扶助費は毎月 4 日以後に、指定の銀行 (信用金庫・農協) で受け取って下さい。		この通知書は銀行へ持っていく必要は ありませんが、届け出ている「印鑑」と 「預金通帳」を持って行ってください。
No.	世帯員氏名		性別	生年月日																																									
02	神戸 花子		女	S31. 5. 17																																									
04	神戸 一郎		男	S57. 8. 21																																									
世帯員番号 19384 - 01																																													
世帯主	氏名	神戸 太郎	男																																										
	生年月日	S29. 9. 8																																											
	住所	神戸市垂水区 本多町〇丁目 〇〇〇-〇〇〇																																											
生活保護が停止または廃止となった場合は使用 できません。																																													
神戸市垂水区日向1丁目5-1 垂水福祉事務所 電話 078-708-5151(代)																																													

中国残留邦人等支援法医療支援給付本人確認証の見本

(表)

(裏)

写 真	本人確認証 N.○○○○○○○○○○○	(注意) (1) この確認証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできません。 (2) この確認証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出てください。 (3) この確認証は、次の場合は直ちに発行者に返納してください。 ①御本人が支援給付を受けなくなったとき。 ②確認証の記載事項に変更があったとき。 ③確認証の有効期間が満了したとき。 ④確認証が使用に耐えなくなったとき。 ⑤確認証が再交付された後、紛失した確認証を発見したとき。 (4) 医療機関で受診する際には、この確認証を窓口に提示してください。 お問合せ先 神戸市垂水区保健福祉部生活支援課 電話(078)708-5151(代表)
	氏 名 ○○ ○○○ 生 年 月 日 M/T/S○○年○○月○○日 性 別 男・女 住 所 神戸市○○区○○町○丁目 ○○番○号	
	<p>上記の者については、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(平成6年法律第30号)に基づく支援給付の支給決定されていることを証明する</p> <p>発行日 平成○○年○○月○○日 神戸市長</p> <p>この確認証の有効期間は、 平成 年 月 日から 平成 年 月 日までとする。</p> <p style="text-align: center; color: red;">印</p>	

(備考)

- 再発行の場合は、再発行と表示する。
- ラミネート加工しています。

福祉事務所等一覧

福祉事務所	郵便番号	所在地	電話番号 (代表)	公費負担者 番号
東灘福祉事務所	658-8570	東灘区住吉東町5丁目2番1号	841-4131	12281010
灘福祉事務所	657-8570	灘区桜口町4丁目2番1号	843-7001	12281028
中央福祉事務所	651-8570	中央区東町115番地	511-7511	12281127
兵庫福祉事務所	652-8570	兵庫区荒田町1丁目21番1号	511-2111	12281051
北福祉事務所	651-1195	北区鈴蘭台北町1丁目9番1号	593-1111	12281069
北福祉事務所 北神区役所	651-1302	北区藤原台中町1丁目2番1号	981-8870	12281069
長田福祉事務所	653-8570	長田区北町3丁目4番地の3	579-2311	12281077
須磨福祉事務所	654-8570	須磨区大黒町4丁目1番1号	731-4341	12281085
須磨福祉事務所 北須磨支所	654-0154	須磨区中落合2丁目2番5号 名谷センタービル内	793-1313	12281101
垂水福祉事務所	655-8570	垂水区日向1丁目5番1号	708-5151	12281093
西福祉事務所	651-2295	西区糀台5丁目4番1号	940-9501	12281119
垂水区保健福祉部 (中国残留邦人用)	655-8570	垂水区日向1丁目5番1号	708-5151	25281098
福祉局保護課	650-8570	中央区加納町6丁目5番1号	331-8181	