

# 生 活 保 護 法 に よ る 医 療 扶 助

（中国残留邦人等支援法による医療支援給付）

## の 手 引 き

（ 指 定 施 術 機 関 用 ）

兵庫県福祉部地域福祉課

## ごあいさつ

このたび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として、被保護者等への医療給付についてご協力をいただくことになりました。

ご承知のとおり、「生活保護法」は、国民の最低生活を保障する制度であり、年金、保険制度と並んで国民の健康で文化的な生活水準を維持するための重要な社会保障制度です。

とりわけ、生活保護を受けている方々は、老齢や傷病、障害が原因で保護を受けることとなる場合が多く、本制度の医療の分野が果たすべき役割は大きなものがあります。

また、「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」は、中国残留邦人等が置かれている特別な事情に鑑み、日常生活又は社会生活を円滑に営むことができるように支援給付を実施しており、生活保護と同じく、医療の分野が果たすべき役割は大きいものです。

どうか、施術者の皆様には、この制度の趣旨をご理解をいただき、医療（施術）を必要とする人々がその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるようご協力をお願いします。

兵庫県福祉部地域福祉課長

## 目 次

|     |                       |    |
|-----|-----------------------|----|
| 第 1 | 生活保護制度のあらまし           | 1  |
| 1   | 生活保護制度                | 1  |
| 2   | 医療扶助                  | 1  |
| 3   | 医療保険制度との違い            | 1  |
| 4   | その他                   | 1  |
| 第 2 | 中国残留邦人等支援法による支援給付について | 2  |
| 第 3 | 施術の給付について             | 2  |
| 1   | 施術給付の申請               | 2  |
| 2   | 施術給付の決定               | 2  |
| 3   | 届出等                   | 2  |
| 第 4 | 指定施術機関の義務             | 4  |
|     | 【参考】指定医療機関医療担当規定      | 5  |
| 第 5 | 関係様式                  | 8  |
| 第 6 | 関係機関一覧                | 24 |

## 第1 生活保護制度のあらまし

### 1 生活保護制度

生活保護法は、憲法第25条の理念に基づいて、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ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した制度です。

#### (1) 保護の種類

保護の種類は、生活扶助をはじめ教育、住宅、医療、出産、生業、葬祭及び介護の8つの扶助からなり、生活全般にわたっています。

#### (2) 制度の運営

生活保護制度は、福祉事務所又は県民局（健康福祉事務所）（以下、「福祉事務所」と略す。）が取り扱い、福祉事務所長の責任において実施運営することとされています。

### 2 医療扶助

医療扶助は、困窮のため最低限度の生活を維持することのできない者に対して、必要な医療を給付するものです。医療の給付は、大臣または知事の指定を受けた医療機関等に委託して行い、その診療方針及び診療報酬は国民健康保険の例によります。

### 3 医療保険制度との違い

生活保護制度は、全額が国民の税負担により支えられています。そのため、他の医療保険制度と比較して、次のような差異があります。

ア) 生活保護法による「指定医療機関」、「指定施術機関」として指定された医療機関等に、福祉事務所長が要保護者の診療を依頼する。

イ) 要保護者は、福祉事務所長が発行する「医療券」、「施術券」、「施術費給付承認書」により受診する。

ウ) 医療扶助の給付は、「要否意見書」に基づいて福祉事務所長が必要性を検討し、給付するかどうかを決定する。

### 4 その他

(1) 年金や手当など活用すべき他法他施策の制度があれば、その制度を優先して活用します。

(2) 病気等の治療にあたっては、医療機関と福祉事務所とが密接に連携をとり、患者に対して必要な療養指導を行います。

## 第2 中国残留邦人等支援法による支援給付について

中国残留邦人等が置かれている特別な事情に鑑み、日常生活又は社会生活を円滑に営むことができるようにするために「中国残留邦人等支援法（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）」により、永住帰国援護や中国残留邦人等に対する支援給付等が行われています。

支援給付のうち、医療については医療支援給付として、介護については介護支援給付として給付されることとなっていますが、この取扱いについては、基本的に生活保護法による医療扶助、介護扶助に準じた取扱いをすることとなっています。

## 第3 施術の給付について

### 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 施術給付の決定

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判断する資料にするため、「給付要否意見書」（P9.参考例）を発行し、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、医師の同意が必要（ただし、柔道整復については打撲又は捻挫の手当、脱臼又は骨折の応急手当については不要）となり、医師の同意の確認は給付要否意見書の医師同意欄によるか、又は当該施術の要否に関する医師の診断書により行うこととなります。

### 3 届出等

次頁のような届出を要する事由が生じたときは、所定の様式により施術者住所地（施術所の開設者である場合は施術所所在地）の福祉事務所に届け出てください。

## ○指定施術機関の申請・届出事項

| 届出を要する事項                                                                                              | 届出の種類                 |             |             |             |             |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                                                                                                       | 申<br>指<br>定<br>請<br>書 | 誓<br>約<br>書 | 変<br>更<br>届 | 廃<br>止<br>届 | 休<br>止<br>届 | そ<br>の<br>他 |
| ○施術者（あん摩・マッサージ指圧師、はり・きゅう師、柔道整復師）<br>が新たに生活保護法による指定を受ける場合<br>（免許証の写しを添付すること）                           | ○                     | ○           |             |             |             |             |
| ○以下の事項に変更があった場合<br>・ 施術者の氏名<br>・ 施術者の住所（変更前と変更後の指定申請先が同一の場合）<br>・ 勤務先施術所（名称・所在地の変更を含む）<br>・ 住居表示の変更 等 |                       |             | ○           |             |             |             |
| ○事業自体を廃止する場合<br>・ 指定施術者が当該業務を廃止する場合<br>・ 指定施術者が死亡した場合 等                                               |                       |             |             | ○           |             |             |
| ○以下の事項に変更があった場合<br>・ 施術者の住所（変更前と変更後の指定申請先が異なる場合）<br>（免許証の写しを添付すること）                                   | ○                     | ○           |             | ○           |             |             |
| ○指定施術者が当該業務を休止する場合                                                                                    |                       |             |             |             | ○           |             |
| ○休止した施術業務を再開した場合                                                                                      |                       |             |             |             |             | 再<br>開<br>届 |
| ○指定を辞退する場合（30日以上予告期間を設けること）                                                                           |                       |             |             |             |             | 辞<br>退<br>届 |
| ○処分を受けた場合                                                                                             |                       |             |             |             |             | 処<br>分<br>届 |

## 第4 指定施術機関の義務

指定施術機関は、福祉事務所に代わって直接、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するとともに、次のことを守ってください。

- 1 各市福祉事務所等から委託を受けた患者について、懇切丁寧に被保護者の施術を担当すること。（生活保護法第 50 条第 1 項、第 55 条第 2 項）
- 2 指定施術機関は、被保護者の施術について、厚生労働大臣又は都道府県知事の行う指導に従うこと。（生活保護法第 50 条第 2 項、第 55 条第 2 項）
- 3 指定医療機関医療担当規程に従うこと。（P.5 参照）
- 4 指定施術機関は、様式第 3 号の標示を、その業務を行う場合の見やすい箇所に掲示すること。（生活保護法施行規則第 13 条）
- 5 指定施術機関は、施術機関名称、住所等に変更が生じた場合や指定の辞退をする場合は、施術機関所在地の福祉事務所に届出をすること。（生活保護法施行規則第 14 条及び 15 条）

## 【参考】

### 指定医療機関医療担当規程

制定：昭和 25 年 8 月 23 日 厚生省告示第 2 2 2 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 項の規程により、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が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たし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。

- 1 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
- 2 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
- 3 移送
- 4 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34条第3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と認めた場合には、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が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、患者について左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。

- 1 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。
- 2 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あつては、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」と読み替えて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、第 7 条第 1 項及び第 8 条から第 10 条までの規定は、指定助産機関又は指定施術機関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。

## 第5 関 係 様 式

## 施術要否意見書

|              |                                                                                                                                         |                              |                              |                   |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------|
| ※健康福祉事務所記載欄  | 1 新規    2 継続                                                                                                                            |                              | 受理年月日    年   月   日           |                   |
|              | 様<br>（氏名）                      （      歳）に係る    年   月   日以降の施術の要否について意見を求めます。<br><br>年   月   日<br><br>兵庫県知事                      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箇月目以降）                                                                                                                      |                              |                              |                   |
| 箇月又は 日間      | 1 箇月目                      円                                                                                                            | 2 箇月目                      円 | 3 箇月目                      円 |                   |
| 往療が必要な場合その理由 |                                                                                                                                         |                              |                              |                   |
|              | 上記のとおり給付を（1 要する    2 要しない）と認めます。<br><br><br>年   月   日<br>兵庫県知事                      様<br><br>指定施術機関（施術者）の所在地及び名称                      印 |                              |                              |                   |
| 医師同意         | 同意年月日                                                                                                                                   |                              | 記載者                          |                   |
|              | 指定医療機関名                                                                                                                                 |                              | 1 医 師<br>2 施 術 者             |                   |
|              | 所在地                                                                                                                                     |                              |                              |                   |
|              | 医師氏名                                                                                                                                    |                              |                              |                   |
| ※嘱託医意見       | <br><br><br><br><br><br>印                                                                                                               |                              |                              |                   |

- 注 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意（柔道整復については、脱臼又は骨折（応急手当を除く。）に限る。）を得てください。
- 2 「転帰（継続の場合）」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」欄及び「概算見積額」欄は、初検時（3箇月を超えて療養を必要とする場合は4箇月目以降）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 柔道整復又は3箇月を超えてあんま・マッサージ（変形徒手矯正術の場合を除く。）若しくははり・きゅうの施術を受ける場合には、施術者が「医師同意」欄を記載して差し支えありません。
- 5 ※印の欄は、健康福祉事務所が記入します。

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                            | 年 月 日                     |                  |
| 住 所                                | 〒 ー<br>TEL ( ) ー          |                  |
| 開設している(勤務<br>している)助産所又は<br>施術所の名称  | 名<br>称                    | (フリガナ)           |
|                                    |                           |                  |
| 開設している(勤務<br>している)助産所又は<br>施術所の所在地 | 所<br>在<br>地               | 〒 ー<br>TEL ( ) ー |
|                                    |                           |                  |
| 開設者・非開設者の別                         | 開設者 ・ 開設者以外の勤務者           |                  |
| 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

知事  
市長 様

〒 ー

住 所

申請者

TEL ( ) ー

氏 名

#### 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、西宮市長、尼崎市長、明石市長あてに、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 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 「開設者・非開設者の別」は、当該指定申請を行う助産師又は施術者が該当するものを○で囲んでください。
- 5 「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

令和 年 月 日

知事  
市長 様

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  
氏 名

（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 あん摩マツサージ指圧師、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)

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。

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              | 指 定 番 号                      |                                              |
|                      | 保 険 医 療 機 関 番 号              |                                              |
|                      | 介 護 保 険 事 業 所 番 号            |                                              |
|                      | ( 変 更 前 の )<br>名 称 ( 氏 名 )   |                                              |
|                      | ( 変 更 前 の )<br>所 在 地 ( 住 所 ) |                                              |
| 変 更 内 容              | 変 更 事 項                      | 名 称 ・ 所 在 地 ・ そ の 他 (                      ) |
|                      | 旧                            |                                              |
|                      | 新                            |                                              |
| 変 更 年 月 日            |                              | 年 月 日                                        |
| 委 託 患 者 の<br>措 置 状 況 |                              |                                              |

令和 年 月 日

知 事  
市 長 様

住 所

届出者

氏 名

TEL (        )        -

## 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、西宮市長、尼崎市長、明石市長あてに、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。

## 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、介護療養型医療施設又は介護医療院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「指定番号」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「保険医療機関番号」と「介護保険事業所番号」は、指定医療機関は「保険医療機関番号」を、指定介護機関は「介護保険事業所番号」を記載してください。指定助産機関及び指定施術機関は記載不要です。
6. 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。
7. 「変更内容」の「変更事項」は名称又は所在地を変更する場合は該当のものを囲み、その他の事項を変更する場合は変更する事項を括弧内に記載してください。
8. 「変更年月日」は変更した年月日を記載してください。
9. 「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。
10. 届出者欄は、指定医療機関及び指定介護機関の場合は開設者を記載してください。開設者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の職・氏名、主たる事務所の所在地及び電話番号を記載してください。

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                      | 指 定 番 号              |       |
|                              | 保 険 医 療 機 関<br>番 号   |       |
|                              | 介 護 保 険 事 業 所<br>番 号 |       |
|                              | 名 称                  |       |
|                              | 所 在 地                |       |
| ※ 休 止 ・ 廃 止 年 月 日            |                      | 年 月 日 |
| ※<br>休 止 ・ 廃 止 の 理 由         |                      |       |
| 委 託 患 者 等 の 措 置 状 況          |                      |       |
| 再 開 の 見 通 し<br>( 休 止 の 場 合 ) |                      |       |

令和 年 月 日

知 事

市 長 様

住所

届出者

氏 名

TEL (      )      -

## 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、西宮市長、尼崎市長、明石市長あてに、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。

## 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、介護療養型医療施設又は介護医療院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「指定番号」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「保険医療機関番号」と「介護保険事業所番号」は、指定医療機関は「保険医療機関番号」を、指定介護機関は「介護保険事業所番号」を記載してください。指定助産機関及び指定施術機関は記載不要です。
6. 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。
7. 「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。
8. 「休止・廃止年月日」は休止・廃止した年月日を記載してください。
9. 届出者欄は、指定医療機関及び指定介護機関の場合は開設者を記載してください。開設者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の職・氏名、主たる事務所の所在地及び電話番号を記載してください。

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  
 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<br>機関等 | 指 定 番 号              |       |
|             | 保 険 医 療 機 関<br>番 号   |       |
|             | 介 護 保 険 事 業 所<br>番 号 |       |
|             | 名 称                  |       |
|             | 所 在 地                |       |
| 休 止 年 月 日   |                      | 年 月 日 |
| 再 開 年 月 日   |                      | 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  
TEL ( ) -

## 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、西宮市長、尼崎市長、明石市長あてに、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。

## 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、介護療養型医療施設又は介護医療院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「指定番号」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「保険医療機関番号」と「介護保険事業所番号」は、指定医療機関は「保険医療機関番号」を、指定介護機関は「介護保険事業所番号」を記載してください。指定助産機関及び指定施術機関は記載不要です。
6. 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。
7. 「休止年月日」は休止した年月日を、「再開年月日」は再開する年月日をそれぞれ記載してください。
8. 届出者欄は、指定医療機関及び指定介護機関の場合は開設者を記載してください。開設者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の職・氏名、主たる事務所の所在地及び電話番号を記載してください。

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<br>等指定                    | 指 定 番 号              |  |
|                                | 保 険 医 療 機 関<br>番 号   |  |
|                                | 介 護 保 険 事 業 所<br>番 号 |  |
|                                | 名 称                  |  |
|                                | 所 在 地                |  |
| 処 分 の 種 類<br><br>及 び そ の 年 月 日 |                      |  |

令和 年 月 日

知 事  
市 長 様

住 所  
届 出 者  
氏 名  
TEL ( ) -

## 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、西宮市長、尼崎市長、明石市長あてに、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。

## 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、介護療養型医療施設又は介護医療院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「指定番号」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「保険医療機関番号」と「介護保険事業所番号」は、指定医療機関は「保険医療機関番号」を、指定介護機関は「介護保険事業所番号」を記載してください。指定助産機関及び指定施術機関は記載不要です。
6. 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。
7. 「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。
8. 届出者欄は、指定医療機関及び指定介護機関の場合は開設者を記載してください。開設者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の職・氏名、主たる事務所の所在地及び電話番号を記載してください。

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

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及び永住帰国後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<br>機 関 等       | 指 定 番 号              |       |
|                        | 保 険 医 療 機 関<br>番 号   |       |
|                        | 介 護 保 険 事 業 所<br>番 号 |       |
|                        | 名 称                  |       |
|                        | 所 在 地                |       |
| 辞 退 年 月 日              |                      | 年 月 日 |
| 委 託 患 者 等 の<br>措 置 状 況 |                      |       |

令和 年 月 日

知 事  
市 長 様

住 所  
届 出 者  
氏 名  
TEL ( ) —

## 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、西宮市長、尼崎市長、明石市長あてに、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、介護療養型医療施設又は介護医療院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「指定番号」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「保険医療機関番号」と「介護保険事業所番号」は、指定医療機関は「保険医療機関番号」を、指定介護機関は「介護保険事業所番号」を記載してください。指定助産機関及び指定施術機関は記載不要です。
6. 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。
7. 「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。
8. 「辞退年月日」は辞退する年月日を記載してください。
9. 届出者欄は、指定医療機関及び指定介護機関の場合は開設者を記載してください。開設者が法人の場合には、法人名とともにその代表者の職・氏名、主たる事務所の所在地及び電話番号を記載してください。

## 第 6 關係機関一覧

# 福 祉 事 務 所 等 一 覧 表

( 市 部 )

| 生活保護医療介護担当                                                          | 郵便<br>番号 | 所 在 地                          | 電話番号             |
|---------------------------------------------------------------------|----------|--------------------------------|------------------|
| 姫路市福祉事務所 生活援護室                                                      | 670-8501 | 姫路市安田4-1                       | 079<br>(221)2322 |
| 尼崎市北部保健福祉センター<br>北部保健福祉管理課<br>※指定手続きに関する申請書の提出窓口は南部保健福祉センターで行っています。 | 661-0012 | 尼崎市南塚口町2-1-1<br>塚口さんさんタウン1番館5階 | 06<br>(4950)0272 |
| 尼崎市南部保健福祉センター<br>南部保健福祉管理課                                          | 660-0876 | 尼崎市竹谷町2-183<br>出屋敷リベル5階        | 06<br>(6415)6092 |
| 西宮市福祉事務所 くらし支援課医療チーム                                                | 662-8567 | 西宮市六湛寺町10-3                    | 0798<br>(35)3138 |
| 明石市福祉事務所 生活福祉課庶務係                                                   | 673-0882 | 明石市相生町2-5-15                   | 078<br>(918)5028 |
| 洲本市福祉事務所 福祉課保護係                                                     | 656-8686 | 洲本市本町3-4-10                    | 0799<br>(22)3332 |
| 芦屋市福祉事務所 生活援護課                                                      | 659-8501 | 芦屋市精道町7-6                      | 0797<br>(38)2042 |
| 伊丹市福祉事務所 支援管理課                                                      | 664-8503 | 伊丹市千僧1-1                       | 072<br>(783)1234 |
| 相生市福祉事務所 社会福祉課                                                      | 678-0031 | 相生市旭1-6-28                     | 0791<br>(22)7166 |
| 豊岡市福祉事務所 社会福祉課                                                      | 668-0046 | 豊岡市立野町12-12                    | 0796<br>(24)7031 |
| 加古川市福祉事務所 生活福祉課医療福祉係                                                | 675-8501 | 加古川市加古川町北在家2000                | 079<br>(421)2000 |
| たつの市福祉事務所 地域福祉課生活福祉係                                                | 679-4192 | たつの市龍野町富永1005-1                | 0791<br>(64)3154 |
| 赤穂市福祉事務所 社会福祉課                                                      | 678-0292 | 赤穂市加里屋81                       | 0791<br>(43)6807 |
| 西脇市福祉事務所 社会福祉課                                                      | 677-8511 | 西脇市下戸田128番地の1                  | 0795<br>(22)3111 |
| 宝塚市福祉事務所 生活援護課                                                      | 665-8665 | 宝塚市東洋町1-1                      | 0797<br>(71)1141 |
| 三木市福祉事務所 福祉課生活保護係                                                   | 673-0492 | 三木市上の丸町10-30                   | 0794<br>(82)2000 |
| 高砂市福祉事務所 生活福祉課                                                      | 676-8501 | 高砂市荒井町千鳥1-1-1                  | 079<br>(443)9023 |
| 川西市福祉事務所 生活支援課                                                      | 666-8501 | 川西市中央町12-1                     | 072<br>(740)1265 |
| 小野市福祉事務所 社会福祉課                                                      | 675-1380 | 小野市中島町531                      | 0794<br>(63)1000 |
| 三田市福祉事務所 生活福祉課                                                      | 669-1595 | 三田市三輪2-1-1                     | 079<br>(563)1111 |
| 加西市福祉事務所 地域福祉課                                                      | 675-2395 | 加西市北条町横尾1000                   | 0790<br>(42)1110 |
| 丹波篠山市福祉事務所 社会福祉課                                                    | 669-2397 | 丹波篠山市北新町41                     | 079<br>(552)5011 |
| 養父市福祉事務所 社会福祉課                                                      | 667-8651 | 養父市八鹿町八鹿1675                   | 079<br>(662)3162 |
| 丹波市福祉事務所 社会福祉課 生活援護係                                                | 669-3602 | 丹波市氷上町常楽211                    | 0795<br>(88)5270 |
| 南あわじ市福祉事務所 福祉課 生活福祉係                                                | 656-0492 | 南あわじ市市善光寺22-1                  | 0799<br>(43)5216 |
| 朝来市福祉事務所 社会福祉課                                                      | 669-5292 | 朝来市和田山町東谷213-1                 | 079<br>(672)6123 |
| 淡路市福祉事務所 地域福祉課 生活福祉係                                                | 656-2292 | 淡路市生穂新島8                       | 0799<br>(64)2127 |
| 宍粟市福祉事務所 社会福祉課                                                      | 671-2573 | 宍粟市山崎町今宿5-15                   | 0790<br>(63)3067 |
| 加東市福祉事務所 社会福祉課                                                      | 673-1493 | 加東市社50                         | 0795<br>(42)3301 |

## (神戸市)

| 生活保護医療介護担当        | 郵便番号     | 所在地                             | 電話番号<br>(代表)     |
|-------------------|----------|---------------------------------|------------------|
| 福祉局くらし支援課         | 650-8570 | 神戸市中央区加納町6-5-1                  | 078<br>(331)8181 |
| 東灘区役所<br>(保健福祉部)  | 658-8570 | 神戸市東灘区住吉東町5-2-1                 | 078<br>(841)4131 |
| 灘区役所<br>(保健福祉部)   | 657-8570 | 神戸市灘区桜口町4-2-1                   | 078<br>(843)7001 |
| 中央区役所<br>(保健福祉部)  | 651-8570 | 神戸市中央区東町115番地                   | 078<br>(335)7511 |
| 兵庫区役所<br>(保健福祉部)  | 652-8570 | 神戸市兵庫区荒田町1-21-1                 | 078<br>(511)2111 |
| 北区役所<br>(保健福祉部)   | 651-1195 | 神戸市北区鈴蘭台北町1-9-1<br>鈴蘭台駅前再開発ビル6階 | 078<br>(593)1111 |
| 北神区役所<br>保健福祉課    | 651-1302 | 神戸市北区藤原台中町1-2-1                 | 078<br>(981)5377 |
| 長田区役所<br>(保健福祉部)  | 653-8570 | 神戸市長田区北町3-4-3                   | 078<br>(579)2311 |
| 須磨区役所<br>(保健福祉部)  | 654-8570 | 神戸市須磨区大黒町4-1-1                  | 078<br>(731)4341 |
| 須磨区北須磨支所<br>生活支援課 | 654-0154 | 神戸市須磨区中落合2-2-5<br>名谷センタービル5階    | 078<br>(793)1313 |
| 垂水区役所<br>(保健福祉部)  | 655-8570 | 神戸市垂水区日向1-5-1                   | 078<br>(708)5151 |
| 西区役所<br>(保健福祉部)   | 651-2295 | 神戸市西区糀台5丁目4-1                   | 078<br>(940)9501 |

## ( 郡 部 )

| 生活保護医療介護担当                       | 郵便番号     | 所在地                | 担当区域        | 電話番号<br>(代表)     |
|----------------------------------|----------|--------------------|-------------|------------------|
| 阪神北県民局<br>宝塚健康福祉事務所<br>福祉課       | 665-0032 | 宝塚市東洋町2番5号         | 川辺郡         | 0797<br>(61)5177 |
| 東播磨県民局<br>加古川健康福祉事務所<br>生活福祉課    | 675-8566 | 加古川市加古川町寺家町天神木97-1 | 加古郡         | 079<br>(421)1101 |
| 北播磨県民局<br>加東健康福祉事務所<br>監査・福祉課    | 673-1431 | 加東市社字西柿1075-2      | 多可郡         | 0795<br>(42)5111 |
| 中播磨県民センター<br>中播磨健康福祉事務所<br>生活福祉課 | 670-0947 | 姫路市北条1-98          | 神崎郡         | 079<br>(281)9216 |
| 西播磨県民局<br>龍野健康福祉事務所<br>生活福祉課     | 679-4167 | たつの市龍野町富永1311-3    | 佐用郡、赤穂郡、揖保郡 | 0791<br>(63)5676 |
| 但馬県民局<br>新温泉健康福祉事務所<br>生活福祉課     | 669-6747 | 美方郡新温泉町三谷389-1     | 美方郡         | 0796<br>(82)3161 |

## (関係機関)

| 生活保護医療介護担当                 | 郵便番号     | 所在地                 | 電話番号<br>(代表)     |
|----------------------------|----------|---------------------|------------------|
| 兵庫県福祉部地域福祉課                | 650-8567 | 神戸市中央区下山手通5-10-1    | 078<br>(341)7711 |
| 社会保険診療報酬支払基金<br>兵庫審査委員会事務局 | 650-8528 | 神戸市中央区港島中町4-4-4     | 078<br>(302)5000 |
| 兵庫県国民健康保険団体連合会             | 650-0021 | 神戸市中央区三宮町1-9-1-1801 | 078<br>(332)5601 |