

品川区療育給付事業実施要綱

| | | | |
|---------|-----|---------|------|
| 制定平成12年 | 3月 | 区長決定要綱第 | 31号 |
| 改正平成13年 | 4月 | 部長決定要綱第 | 94号 |
| 改正平成15年 | 4月 | 部長決定要綱第 | 78号 |
| 改正平成15年 | 9月 | 部長決定要綱第 | 81号 |
| 改正平成16年 | 11月 | 区長決定要綱第 | 130号 |
| 改正平成17年 | 4月 | 区長決定要綱第 | 38号 |
| 改正平成18年 | 7月 | 区長決定要綱第 | 121号 |
| 改正平成19年 | 4月 | 区長決定要綱第 | 52号 |
| 改正平成21年 | 3月 | 区長決定要綱第 | 66号 |
| 改正平成24年 | 3月 | 区長決定要綱第 | 66号 |
| 改正平成27年 | 12月 | 区長決定要綱第 | 516号 |
| 改正平成28年 | 3月 | 部長決定要綱第 | 143号 |
| 改正令和 2年 | 4月 | 区長決定要綱第 | 139号 |
| 改正令和 4年 | 4月 | 区長決定要綱第 | 55号 |

(目的)

第1条 この要綱は、特別区における東京都の事務処理の特例に関する条例(平成11年東京都条例第106号。)第2条の表35の項イ、ロ、リ、ヌおよびルの規定に基づき、区が実施する児童福祉法(昭和22年法律第164号。以下「法」という。)第20条の規定による療育の給付を行う事業の事務手続きを定め、もって医療給付等の円滑な実施を図ることを目的とする。

(給付の対象)

第2条 給付の対象となる児童は、次のとおりとする。

保護者が区内に住所を有する18歳未満の児童で、骨関節結核およびその他の結核にかかっている者のうち、その治療のため医師が入院を必要と認めたもの。

なお、療育給付の適用を受けようとする者は、原則としてあらかじめ感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(平成10年法律第114号)に基づく医療給付の承認を得なければならない。

(給付の内容)

第3条 給付の内容は、次のとおりとする。

(1) 指定療育機関における療育の給付は、次のとおりとする。

なお、オを除き、すべて現物給付であり、医療費についての療養費払は行わない。

ア 診察

イ 薬剤または治療材料の支給

ウ 医学的処置、手術およびその他の治療ならびに施術

エ 病院または診療所への入院およびその療養に伴う世話、その他看護

オ 移送

カ 日用品（療養生活に必要な物品）

キ 学習用品（小学生および中学生に対して、学習に必要な物品）

(2) 医療保険各法および感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律を適用して生じた自己負担額を療育給付で給付する。ただし、高額療養費制度が適用される場合には、その限度額までを療育給付で給付する。なお、生活保護法が適用される場合については、療育給付が優先して適用される。

(3) 入院時食事療養に係る標準負担額についても、給付の対象とする。

（給付の期間）

第4条 療育給付の期間は入院で1年間を限度とする。また、治療継続が必要と認められる場合には、更新することができる。

（給付の申請）

第5条 給付の申請は、保護者が行うこととし、原則として治療開始予定日より前に、次の全ての書類を品川、大井、荏原の各保健センター所長（以下これらを「所長」という。）を経由して区長あて提出するものとする（所長を経由することについては、以下区長あての申請等について同様とする。）。

ア 療育給付申請書

イ 療育給付意見書

ウ 世帯調書（別記第1号様式）

エ 所得割の額等を証明できる書類（特別区民税または市町村民税の課税状況が確認できる資料）

（給付の決定）

第6条 区長は、療育の給付を決定したときは、療育医療券（別記第2号様式。以下「医療券」という。）を保護者に交付する。また、給付を行わないと決定したときには、保護者あて療育給付却下決定通知書を交付する。なお、区長は、給付を決定したときもしくは給付を行わないと決定したときには、必要事項を認定結果通知書（別記第3号様式）により所長に通知するものとする。

（費用の徴収）

第7条 法第56条第2項の規定により本人またはその扶養義務者（以下「扶養義務者等」という。）から徴収する費用の徴収については、次のとおりとする。

(1) 区長は、療育の給付に要する費用のうち児童福祉法施行細則（昭和41年東京都規則第169号。以下「都規則」という。）第33条第1項に定める額を扶養義務者等から徴収する。

(2) 扶養義務者等から徴収する費用の額を算出するにあたっては、別に定める療育給付に要する費用の徴収実施要綱（平成12年要綱第30号）によるものとする。

(3) 区長は、扶養義務者等に対して納入通知書により徴収する費用の額を通知する。扶養義務者等は納入期限までに区が指定する金融機関にこれを納入しなければならない。

(医療券の再交付等)

第8条 区長は、保護者から次のいずれかに該当し医療券の再交付等の申請があった場合、その内容を審査のうえ医療券を新たに保護者に交付するものとし、必要事項を認定結果通知書により所長に通知するものとする。

(1) 医療券を紛失または棄損したときは、保護者は医療券再交付申請書(別記第4号様式)により区長あて申請し医療券の再交付を求めることができる。

(2) 住所または健康保険証等の変更があったときは、保護者は変更届(別記第5号様式)に医療券を添付して区長あて申請し、医療券の再交付を求めなければならない。

ただし、他の特別区または東京都内の市町村に居住し、医療券を交付されている児童の保護者が品川区に住所を変更した場合は、新規の給付申請ではなく、上記と同様に変更届(別記第7号様式)に医療券を添付して区長あて申請し、新たに医療券の交付を求めることができる。

(3) 扶養義務者等の所得割の額等に変更が生じたときは、保護者は徴収金額変更申請書(別記第6号様式)に変更後の特別区民税または市町村民税の課税状況が確認できる資料、世帯調書および医療券を添付して区長あて申請し、新たに医療券の交付を求めることができる。なお、変更された徴収金額は、所長が徴収金額変更申請書を受け付けた月の翌月から適用する。

(給付の継続)

第9条 指定療育機関が引き続き療育の給付を継続する必要があると認めた場合、保護者は医療券の有効期間満了前に療育給付継続協議書に療育給付意見書、世帯調書および特別区民税または市町村民税の課税状況が確認できる資料を添付して区長あて申請し、新たに医療券の交付を求めることができる。なお、区長は、継続給付を承認したときは、医療券を新たに保護者に交付し、必要事項を認定結果通知書により所長に通知するものとする。

(日用品等の支給)

第10条 区長は、療育の給付を受ける児童に対し、保護者の請求により日用品および学習用品を現物支給する。なお、日用品および学習用品の支給については、別表の支給額の範囲内で行うものとする。

(移送の給付)

第11条 医療券の交付を受けている児童で、現物給付ができない移送の給付を必要とする場合は、保護者は事前に区長に対し申請し承認を得るものとする。その申請に関する取扱いは別に定める。

(様式)

第12条 第5条アの療育給付申請書および同条イの療育給付意見書、第6条本文の療育給付却下決定通知書ならびに第9条の療育給付継続協議書の様式は、都規則に定める各様式の例による。

附 則

- 1 この要綱は、平成 12 年 4 月 1 日から適用する。
- 2 この要綱の施行の際、東京都知事から育成医療券または療育医療券を交付された者で、現に効力を有しているものはその有効期間内に限り、この要綱による医療券を受けた者とみなす。また、この要綱の施行の日（以下「施行日」という。）前に東京都知事に対してなされた申請等で、施行日以後においてはこの要綱が適用されるものについては、この要綱に基づいてなされた申請等とみなす。

附 則

この要綱は、平成 13 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 15 年 4 月 1 日から適用する。

附 則（平成 15 年 9 月 17 日）

この要綱は、平成 15 年 9 月 17 日から施行し、平成 15 年 4 月 1 日から適用する。

附 則（平成 16 年 11 月 1 日）

この要綱は、平成 16 年 11 月 1 日から施行し、平成 16 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 17 年 4 月 1 日から適用する。

附 則（平成 18 年 7 月 19 日）

この要綱は、平成 18 年 7 月 19 日から施行し、平成 18 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 19 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 21 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 24 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 28 年 1 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 28 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から適用する。

世帯調書

連絡先電話番号
()

| | 世帯員氏名 | 続柄 | 生 月 | 年 日 | 職 業 (勤務先) 電話番号 | 所得割額 | 個人番号 |
|---|---------|----------|--------|--------|-------------------------|------|------|
| 児童 の 属 す る 世 帯 の 構 成 | (患者氏名) | 患者 本人 | | | | | |
| | (申請者氏名) | 患者の | | | | | |
| | | 患者の | | | | | |
| | | 患者の | | | | | |
| | | 患者の | | | | | |
| | | 患者の | | | | | |
| | | 患者の | | | | | |
| 世帯外 扶養 義務 者 | (氏名) | 患者の | | | | | |
| | (住所) | | | | | | |
| | (氏名) | 患者の | | | | | |
| | (住所) | | | | | | |

| 療育医療券 | | | | | | | | | |
|--|----------------------------|---|----------|---|------|-------|---------|-----|--|
| 公費負担者番号 | 1 | 7 | 1 | 3 | | | 交付年月日 | 補装具 | |
| 受給者番号 | | | | | | | | | |
| 保険証 | 記号 | | | | | 保険者番号 | | | |
| | 番号 | | | | | | | | |
| 受療者 | 氏名 | | | | | | | 性別 | |
| | 生年月日 | | | | | | | | |
| 申請者 | 氏名 | | | | | | 受療者との続柄 | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| 病名 | / | | | | | | | | |
| 障害の状況及び程度 | 児童福祉法第56条第4項の規定により支払いを命ずる額 | | | | 入院月額 | / | | | |
| 医療の具体的方針 | | | | | 通院月額 | | | | |
| 診療予定期間 | / | | | | | | 入院・通院の別 | | |
| | | | | | | | 入院のみ | | |
| 医療機関名 | | | | | | | | | |
| 有効期間 | 年 月 日 から | | 年 月 日 まで | | | | | | |
| 上記のとおり決定する。 年 月 日 品川区長 印 | | | | | | | | | |
| 経由保健センター | 保健センター | | | | | | | | |

医療券再交付申請書

| | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------------------------------|--|---|--|-------------|--------|---------|-----|----------|----|--|
| フリガナ | | | | | 男 ・ 女 | 生 月 | 年 日 | | | | |
| 患者氏名 | 姓 | | 名 | | | | | 年 | 月 | 日生 | |
| 郵便番号 | | | | | | | | 電 話 | () | | |
| 住 所 | 東京都 | | 区 | | 丁目 | | 番 番地 | | 号 | | |
| | 団地・荘 マンション・アパート | | | | | | | 号 | | 様方 | |
| 申 請 理 由 | 1. 破れた 2. 汚れた 3. 失った | | | | | | | | | | |
| | (理由) | | | | | | | | | | |

上記の理由により、医療券の再交付を申請します。

年 月 日

申請者・氏名 _____

患者との関係 ()

品 川 区 長 あて

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------|--|---|---|--|--|--|--|--|----------|--|---|---|--------|
| 負担者番号 | | 1 | 3 | | | | | | 受理年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| 受給者番号 | | | | | | | | | 経由保健センター | | | | 保健センター |

変 更 届

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|------|
| 医療券番号 | 負担者番号 | 1 | 3 | | | | | | | | 患者氏名 |
| | 受給者番号 | | | | | | | | | | |

下記の欄は、変更事項のみ、記入してください。

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------------|-----------------|--|--|-----|--|--|-----------|---|-------------------------|-------------|------------------|--------|--|--|
| | | | | | | | | | | 変更年月日 | | 年 月 日 | | | |
| 変 更 事 項 | 患 者 | フリガナ | | | | | | | | | 男 ・ 女 | 生 年 月 日 | 年 月 日生 | | |
| | | 氏 名 | 姓 | | | | | | | 名 | | | | | |
| | 郵便番号 | | | | | | | | | 電 話 | () | | | | |
| | 住 所 | 東京都 区 丁目 番 番地 号 | | | | | | | | 団地・荘 マンション・アパート 号 様方 | | | | | |
| 更 改 | 保 険 証 | 種 類 | 政府・船員・日雇・組合・共済・国保 (※該当するものに○印をつけてください。) | | | | | | | | 本人・家族 | | | | |
| | | 記 号 | | | 番 号 | | | 保 険 者 番 号 | | | | | | | |
| 申 請 者 | フリガナ | | | | | | | | | 電 話 | () | | | | |
| | 氏 名 | 姓 | | | | | | | 名 | | | | | | |
| | 郵便番号 | | | | | | | | | 電 話 | () | | | | |
| | 住 所 | 東京都 区 丁目 番 番地 号 | | | | | | | | 団地・荘 マンション・アパート 号 様方 | | | | | |

上記のとおり変更しましたので届けます。

年 月 日

届出者・氏名

患者との関係 ()

品川区長あて

| | | | |
|-------|-------|----------|--|
| 受理年月日 | 年 月 日 | 経由保健センター | |
|-------|-------|----------|--|

徴 収 金 額 変 更 申 請 書

年 月 日

品 川 区 長 あて

(申請者) 住 所

氏 名

医療の徴収額を下記の理由により、変更したいので別紙必要書類を添えて変更申請
 します。

| | | | | | | | | | |
|---------------|--|--|---|---|--|--|--|---------|-------|
| 負担者番号 | | | 1 | 3 | | | | 交付年月日 | 年 月 日 |
| 受給者番号 | | | | | | | | 指定医療機関名 | |
| 患者氏名 | | | | | | | | 扶養義務者氏名 | |
| 扶養義務者住所 | | | | | | | | | |
| 医療券の有効期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | | | | | | |
| 現 行 の 徴 収 金 額 | | | | | | | | 入 院 月 額 | 円 |
| | | | | | | | | 通 院 月 額 | 円 |
| 変更理由 | 1. 申請時に未確定であった前年所得税額が確定したため。 2. 生活保護を受給したため。 受給期間 [年 月 日から 年 月 日まで] 3. その他 | | | | | | | | |

添付書類 (1)医療券 (2)世帯調書 (3)所得税額等証明書 (4)その他必要に応じて事実を証明する書類