

福岡県公報

平成三十年十一月三十日
第四千四十七号
増刊
②

目次

規則 (第四十七号)

○生活保護法施行細則の一部を改正する規則

(保護・援護課) …………… 一

規則

生活保護法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成三十年十一月三十日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第四十七号

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(昭和五十二年福岡県規則第四十八号)の一部を次のように改正する。

様式第十八号の三を次のように改める。

様式第18号の3(第3条)

保護変更申請書(傷病届)

〈あん摩・マッサージ
はり・きゅう〉

ケース番号	世帯員番号	1. 新規 2. 継続	※受領年月日	※指定施術者名
患者氏名 (生年月日)	明・大・昭・平 年 月 日	男 女	居住地 町 村	
主訴及び理由	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。 年 月 日			
保健福祉(環境)事務所長 殿		申請者	住所..... 氏名..... 患者との関係	印

給付可否意見書

〈あん摩・マッサージ
はり・きゅう〉

要 否 意 見 (施術者記載欄)	傷病名(部位)	初療年月日	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(初療時又は7か月目以降)				
か月又は 日間		1月目	円	2月目	円	3月目 円
		4月目	円	5月目	円	6月目 円
往療が必要な場合その理由						
(患者氏名) について、上記のとおり給付を(1 要する 2 要しない)と認めます。 年 月 日						
保健福祉(環境)事務所長 殿						
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	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等があれば記載してください) (任意)				
※嘱託医意見	印 印					

(記載注意)

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を必要とすることがあります。
- 2 「転帰(継続の場合)」欄は、6か月を超えて施術を継続する場合に該当するものを○で囲むこと。
- 3 「療養(治癒)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初療時(6か月を超えて療養を必要とする場合は7か月目以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 4 ※印欄は保健福祉(環境)事務所で記入するので、記載しないこと。

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ある改正前の生活保護法施行細則の規定による様式の内紙は、なお当分の間、所要の修正をして使用することができる。