

春日部市規則第55号

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。

令和8年8月20日

春日部市長

岩石 弘

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17年規則第136号）の一部を次のように改正する。

- (1) 次の表中、改正前の欄の下線が引かれた字句をそれに対応する改正後の欄の下線が引かれた字句に改める。

改正後	改正前
(給付券) 第13条 (4) <u>施術券及び施術報酬請求明細書（あん摩・マッサージ）</u> （様式第58号の2）	(給付券) 第13条 (4) <u>生活保護法による施術費給付承認書（あん摩・マッサージ）</u> （様式第58号の2）

- (2) 様式第58号から様式第59号までを次のように改める。

施術券及び施術報酬請求明細書（柔道整復）
 （ 年 月分）

生活保護法 施術券	交付番号		この券の有効期間		担当員		取扱担当者		年 月 日 から 年 月 日 まで		1. 単給 2. 併給	
	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日	住所							
	指定 施術 者名				傷病名（部位）							

施 術 報 酬 請 求 明 細 書	負 傷 名	負傷年月日	初検年月日	施術開始年月日	施術終了年月日	実日数	継続月数	転 帰																					
	(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行為外の原因による																												
	経 過																												
	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		初検時相談		往療料 km		金属副子等		施術情報		明細書発行																		
	円		円		回 円		回 円		提供料		加算		計																
	加算（休日・深夜・時間外）		再検料		加算（夜間・難路・暴風雨雪）		柔道整復																						
	円		円		円		円		円		円		円																
	整復料・固定料・ 施療料		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	計	円																				
	部位	速減 %	通 減 開 始	後療料	冷電法料	温電法料	電療料	計	多部位	計	長期	頻回	計																
(1)	100	—						—	—																				
(2)	80	—						0.8																					
	100							—	—																				
合 計							—					円																	
※社保負担（健・共） 有・無 割							—					円																	
金属副子等 加算日	1回目	2回目	3回目	本人支払額				※				円																	
柔道整復運動 後療料加算日	日	日	日	日	日	日	差引請求 （支払）金額	—				円																	
決定金額							※					円																	

請 求 書	にかかる上記明細書による施術料を請求します。				委 任 状	上記の金額の受領を			
	春日部市福祉事務所長 あて					師会（理事）長または代理人			
	所在地					に委任します。			
	施術所 名 称					年 月 日			
	電 話					柔道整復師名			
指定施術者 氏 名				氏 名					

備考 この用紙は、日本産業規格A列4番とすること。（※は福祉事務所使用欄）

(柔道整復)

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右側下欄の「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 施術券の有効期間の延長を必要と認めたときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけてください。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)」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、施術報酬請求明細書の「摘要」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 施術券の所定事項及び施術報酬請求明細書の「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、費用負担関係の如何にかかわらず、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 施術部位が2部位以上の場合は、「負傷の原因」欄にすべての負傷名にかかる具体的な負傷の原因を記入してください。
- 7 「施術日」欄には、施術を行った日を○で囲んでください。
- 8 「往療料」欄には、往療した患家までの直線距離(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入してください。
また、「摘要」欄に次の事項を記入してください。
 - (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」欄に記入してください。
- 10 施術報酬請求明細書について次の事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初検年月日の記入もれ
 - (3) 往療距離の記入もれ
 - (4) その他記載不備(記入上の注意) ※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の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もあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、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、すみ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。

（表 面）

施術券及び施術報酬請求明細書（あん摩・マッサージ）

（ 年 月分）

担当員

取扱担当者

春日部市福祉事務所長 印

生活保護法 施術券	交付番号		この券の有効期間		年 月 日 から 年 月 日		1 単 給 2 併 給																																												
	患者氏名 (男・女)			居住地																																															
	年 月 日生 (歳)																																																		
指定施術者名				傷病名 (部位)																																															
施術報酬請求明細書	初回施術年月日		年 月 日		実日数		日		転 帰		治療・中止																																								
	①マッサージ (施術料)				同意部位 施術回数	(経幹) 回	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回	摘 要																																								
	通所				円 ×		回 =		円																																										
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×		回 =		円																																										
	訪問施術料 1				円 ×		回 =		円																																										
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×		回 =		円																																										
	訪問施術料 2				円 ×		回 =		円																																										
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×		回 =		円																																										
	訪問施術料 3 (3人～9人)				円 ×		回 =		円																																										
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×		回 =		円																																										
	訪問施術料 4 (10人～19人)				円 ×		回 =		円																																										
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×		回 =		円																																										
	訪問施術料 5 (20人以上)				円 ×		回 =		円																																										
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×		回 =		円																																										
	②温電法 (加算)				円 ×		回 =		円																																										
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円 × 0.5 ×		回 =		円																																										
	③温電法・電気光線器具 (加算)				円 ×		回 =		円																																										
	(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円 × 0.5 ×		回 =		円																																										
	④変形徒手矯正術 (加算)				同意部位 施術回数	(右上肢) 回	(左上肢) 回	(右下肢) 回	(左下肢) 回																																										
					円 ×		回 =		円																																										
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円 × 0.5 ×		回 =		円																																											
⑤特別地域 (加算)				円 ×		回 =		円																																											
⑥往療料				円 ×		回 =		円																																											
⑦施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)				円 ×		回 =		円																																											
⑧明細書発行加算				円 ×		回 =		円																																											
施術日		訪問 1① 訪問 2② 通所③ 往療④ 訪問 5⑤	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																		
○ 往療又は訪問の理由 (1. 独歩による公共交通機関を便する外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより独歩による外出困難 3. その他 ())																																																			
⑨ 合 計 金 額 (①+②+③+④+⑤+⑥+⑦+⑧)										請 求										※決 定																															
										円										円																															
※ 集中率90%以上の施設等入居者 (80%減対象) 【該当の場合○】										減後の額										円										円																					
※ ⑩ 社 保 負 担 (健・共)										有・無										割										円										円											
※ ⑪ 本 人 支 払 額																				円										円										円											
⑫ 差引請求 (支払) 金額 (⑨-⑩-⑪)																				円										円																					
請求書	にかかると上記明細書による施術料を請求します。										委任状	上記の金額の受領を師会 (理事) 長または代理人に委任します。																																							
	年 月 日 春日部市福祉事務所長 あて 住 所 指定施術者 氏 名											年 月 日 あん摩・マッサージ師名 氏 名																																							

(裏面)

(あん摩・マッサージ)

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「⑪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 施術券の有効期間の延長を必要と認めたときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけてください。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)」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、施術報酬請求明細書の「摘要」欄にその傷病(部位)名又は往療を必要とした理由等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 施術券の所定事項及び施術報酬請求明細書の「⑪本人支払額」「⑩社保負担」欄に必要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 「初回施術年月日」欄には費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病(部位)についての初回施術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事由に該当する場合は、返戻されることがありますから注意してください。
 - (1) 請求書の氏名の記入もれ
 - (2) 初回施術年月日の記入もれ
 - (3) その他記載不備(記入上の注意) ※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の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施術報酬請求明細書の「⑪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もあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、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、すみ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。

(表面)
施術券及び施術報酬請求明細書（はり・きゅう）

生活保護法 施術券	(年 月 分)		担当員		取扱担当者	
	交付番号	有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	施術開始日	1 単 給 2 併 給
	患者氏名 (年 月 日生) (歳) (男・女)				居住地	—
	傷病名 1 神経痛 2 リウマチ 3 頸腕症候群 4 五十肩 5 腰痛症 6 頸椎捻挫後遺症 7 その他 ()				はり・きゅう師氏名	

施術報酬請求明細書（はり・きゅう）

施 術 報 酬 請 求 明 細 書	○ 初 療 年 月 日	年 月 日	実 日 数	日	既施術回数	回	転 帰	治療・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 はり・きゅう				施術の種類	1 術 回	2 術 回																														
	通所				円 ×	回 =	円																														
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×	回 =	円																														
	訪問施術料 1				円 ×	回 =	円																														
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×	回 =	円																														
	訪問施術料 2				円 ×	回 =	円																														
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×	回 =	円																														
	訪問施術料 3 (3～9人)				円 ×	回 =	円																														
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×	回 =	円																														
	訪問施術料 4 (10～19人)				円 ×	回 =	円																														
	(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×	回 =	円																														
	訪問施術料 5 (20人以上)				円 ×	回 =	円																														
(月16回以降の施術に係る50%減)				円 × 0.5 ×	回 =	円																															
③ 電療料 (加算)																																					
1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具				円 ×	回 =	円																															
④ 特別地域 (加算)				円 ×	回 =	円																															
(月16回以降の施術における加算に係る50%減)				円 × 0.5 ×	回 =	円																															
⑤ 往 療 料				円 ×	回 =	円																															
⑥ 施術報告書交付料 (前回支給: 年 月 分)				円 ×	回 =	円																															
⑦ 明細書発行加算				円 ×	回 =	円																															
施術日		訪問 1 ①	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				
通所 ○		訪問 2 ②																																			
往療 ○		訪問 3 ③																																			
		訪問 4 ④																																			
		訪問 5 ⑤																																			
○ 往療又は訪問の理由 (1. 徒歩による公共交通機関を使つての外出困難 2. 認知症や視覚、内部、精神障害などにより徒歩による外出困難 3. その他 ())																																					
⑧ 合 計 金 額 (①+②+③+④+⑤+⑥+⑦)				請 求				※ 決 定																													
								円								円																					
※ 集中率90%以上の施設等入居者 (80%減対象) 【該当の場合○】				通減後の額								円								円																	
※ ⑨ 社 保 負 担 (健・共)				有 ・ 無				割								円								円													
※ ⑩ 本 人 支 払 額				円												円								円													
⑪ 差引請求 (支払) 金額 (⑧-⑨-⑩)																円								円													

請 求 書	にかかると上記明細書による施術料を請求します。		年 月 日	
	春日部市福祉事務所長 あて 住 所 はり・きゅう師 氏 名			
委 任 状	上記の金額の受領を 師会 (理事) 長 または 代理人 に委任します。		年 月 日	
	(はり・きゅう師名) 氏 名			

(裏面)

(はり・きゅう)

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「⑩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 施術券の有効期間の延長を必要と認めたときは、ただちに福祉事務所に連絡のう
え補正をうけてください。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 施術券の所定事項及び施術報酬請求明細書の「⑩本人支払額」、「⑨社保負担」
欄に必要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。
- 4 「初療年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての
初療年月日を記入してください。また、「①初検料」の施術内容欄には、該当する
項目を○で囲んでください。
- 5 「摘要」欄には往療を必要とした理由等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事由に該当する場合は、返戻されることがあり
ますから注意してください。
(1) 請求書の氏名の記入もれ
(2) 初療年月日、既施術回数の記入もれ
(3) その他記載不備
(記入上の注意)※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のできる期間は施術券の「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、施術報酬請求明細書の「⑩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もあります。
- 4 施術者及び福祉事務所長の指示、指導に従って療養に専念してください。
- 5 施術を受けている期間は、その疾病については、指定医療機関の医療を受けるこ
とはできませんから注意してください。
- 6 施術が終わったとき、又は施術を中止したときは、すみやかにその旨を福祉事務
所長に届け出てください。
- 7 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あるこの規則による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の様式によるものとみなす。
- 3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。