

骨関節結核その他の結核児童療育給付要領

(趣旨)

第1 本要領は、骨関節結核その他の結核児童療育給付規程に定める申請等に関し、必要な事項を定めるものとする。

(申請)

第2 規程第4条第2項に掲げる療育給付申請書は、別記第1号様式によるものとする。

2 規程第4条第2項第1号に掲げる療育給付意見書及び世帯調書は、別記第2号様式及び別記第2号の2様式によるものとする。

(給付)

第3 規程第5条第1項に掲げる療育券及び不承認決定通知書は、別記第3号様式及び別記第4号様式によるものとする。

(継続申請)

第4 規程第7条第1項に掲げる療育給付継続申請書は、別記第5号様式によるものとする。

2 規程第7条第2項に掲げる療育給付継続承認書及び不承認決定通知書は、別記第6号様式及び別記第4号様式によるものとする。

(看護および移送)

第5 規程第8条第1項に掲げる看護（移送）承認申請書は、別記第7号様式によるものとする。

2 規程第8条第2項に掲げる看護（移送）承認書及び不承認決定通知書は、別記第8号様式及び別記第4号様式によるものとする。

3 規程第8条第5項に掲げる請求書は、別記第9号様式によるものとする。

(医療用補装具の交付)

第6 規程第9条第1項に掲げる医療用補装具交付申請書は、別記第10号様式によるものとする。

2 規程第9条第2項に掲げる医療用補装具交付承認書及び不承認決定通知書は、別記第11号様式及び別記第4号様式によるものとする。

3 規程第9条第4項に掲げる請求書は、別記第9号様式によるものとする。

(療育券・承認書の紛失・き損)

第7 規程第10条に掲げる再交付申請書は、別記第12号様式によるものとする。

(学習用品および日用品の支給)

第8 規程第11条第2項に掲げる学習用品および日用品交付要求書は、別記第13号様式及び別記第13号の2様式によるものとする。

2 規程第11条第3項に掲げる学習用品および日用品受領書は、別記第14号様式によるものとする。

(退院届)

第9 規程第12条に掲げる骨関節結核その他の結核児童退院届は、別記第15号様式によるものとする。

附則

この要領は、令和8年4月1日から施行する。

別記

第1号様式

別記第1号様式（規程第4条関係）

療育給付申請書					
本人	ふりがな 氏名		男・女	生年月日	
	居住地				
扶養義務者	ふりがな 氏名		本人との 続柄	職業	
	居住地				
被保険者の記号 および番号			保険者等の名称		
希望する指定療育機関 の名称および所在地					
備考					
<p>別紙関係書類を添えて上記のとおり療育の給付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>京都府知事 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者住所 本人との続柄 申請者氏名 生 年 月 日</p>					
申請受付年月日			進達 年月日	決定 年月日	
経由保健所名		保 健 所 長 印			

第2号様式

別記第2号様式（規程第4条関係）

療育給付意見書				
本人氏名		男・女	生年月日	年 月 日
本人住所				
病名		発病年月日	年 月 日	
病状				
これまでに行なわれた治療				
今後の治療方針				
療育見込期間	年 月 日から 年 月 日まで			
学習を行なうについての意見および期間	年 月 日から 年 月 日まで			
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定療育機関の名称 および所在地</p> <p>医師氏名 ㊟</p>				

- 注意 (1) 合併症を有する場合には病名欄に併記すること。
 (2) 症状欄には患部X線所見を出来る限り明細に記入すること。

第2号の2様式

別記第2号の2様式（規程第4条関係）

申請者氏名						本人氏名		
児童の属する世帯構成	(1) 世帯構成員名	続柄	性別	生年月日	職業 (勤務先)	(2) 階層区分	(3) 所得税額	(4) 備考
(5) 世帯外扶養義務者	氏名							
	住所							
	氏名							
	住所							

第3号様式

別記第3号様式（規程第5条関係）

療 育 券				
交 付 番 号	京都府第 号	交 付 年 月 日	年 月 日	
被保険者証等の記号 および番号		保 険 者 等 の 名 称		
受 療 者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	男・女	
申 請 者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	受療者との 続 柄	
	住 所		職 業	
指 定 療 育 機 関	名 称			
	所 在 地			
診 療	予 定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	承 認 期間	年 月 日から 年 月 日まで		
学 習	予 定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	承 認 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				
京都府知事 氏 名 [㊞]				
経由責任者	保健所長 氏 名 [㊞]			

（日本標準規格 A 列5）

第 4 号様式

別記第4号様式（規程第5条関係）

療 育 給 付 療 育 給 付 継 続 医 療 用 補 装 具 交 付 不 承 認 決 定 通 知 書 看 護 料 移 送 費	
	第 号 年 月 日
殿 京都府知事 氏 名 [㊟]	
年 月 日付申請の	療 育 給 付 療 育 給 付 継 続 医 療 用 補 装 具 交 付 については、下記の事由により不 看 護 料 移 送 費 承認とする。
記	
經由保健所名	保 健 所 長 [㊟]

注意 不要の文字は抹消すること。



第5号様式

別記第5号様式（規程第7条関係）

療育給付継続申請書					
受療者氏名		男・女	生 月 日	年 月 日	
療育券交付番号		交付年月日	年月日	従前の承認期間	年月日から 年月日まで
継続療育予定期間	年 月 日 から年 月 日まで				
<p>上記のとおり療育の継続給付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>京都府知事 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者住所 本人との続柄 氏 名 生 年 月 日</p>					
医 師 の 意 見					
継続を必要とする事由					
継続を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日まで				
必要とする医療費	年度	円			
	年度	円			
<p>上記のとおり診断する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定療育機関名称 担当医師氏名 ㊟</p>					
申請受付年月日		進達 年月日		決定 年月日	
経由保健所名	保 健 所 長 ㊟				

第6号様式

別記第6号様式（規程第7条関係）

療育給付継続承認書				
受療者氏名		男・女	生 月 年 日	年 月 日
扶養義務者 住所氏名			本人との 続柄	
療育券番号		従前の 承認期間	年 月 日から 年 月 日まで	
継続療育予定期間	年 月 日から 年 月 日まで			
本承認書の 承認期間	年 月 日から 年 月 日まで			
指定療育機関名				
<p>上記のとおり承認する。</p> <p>年 月 日</p> <p>京都府知事 氏 名 </p>				
経由保健所名	保 健 所 長 			

第7号様式

別記第7号様式（規程第8条関係）

看 護 承 認 申 請 書 移 送						
受 療 者 氏 名				療 育 券 番 号		
担 当 医 師 の 意 見	看護を必要とする 期間	年 月 日から年 月 日まで				
	移 送	移 送 区 間				
		移 送 方 法				
		移 送 年 月 日				
	看護(移送)を必要 と認める理由					
	費 用 見 積 額	看 護 料				円
		移 送 費				円
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">指定療育機関の所 在地および名称 担当医師氏名 印</p>						
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>京都府知事 殿</p> <p style="text-align: right;">申請者住所 氏 名 本人との続柄</p>						
申請受付年月日			進 達 年月日	決 定 年月日		
經由保健所名	保 健 所 長 印					

注意 不要の文字は抹消すること。

第 8 号様式

別記第8号様式（規程第8条関係）

看 護 承 認 書						
承認番号		承認年月日		療育券番号		
受療者氏名		男・女		生年月日		
申請者住所名 氏名						
承認内容	看護	期間				
		金額	1日 円 日間計 円	自己負担額	総額	円
					医療費	円
看護料	円					
承認内容	移送	区間				
		方法				
		年月日				
	金額	自己負担額	総額	円		
医療費			円			
移送費			円			
指定療育機関名						
上記のとおり承認する。						
年 月 日						
京都府知事 氏 名印						
経由保健所名		保健所長 印				

第9号様式

別記第9号様式（規程第8条関係）

看 護 料 移 送 費 請 求 書 医療用補装具費用
金 _____
ただし
上記の金額請求します。
年 月 日
京都府知事 殿
請 求 者
住 所
氏名または 名 称

- 備考 1 金額は、訂正してはならない。
2 内訳を必要とするものは別紙として添付すること。
3 不要の文字は抹消のこと。

第10号様式

別記第10号様式（規程第9条関係）

医療用補装具交付申請書				
受療者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
病名				
療育券交付 年 月 日		療育券番号		
※ 補装具の種目 および型式			※価格	円
※ 補装具製作所 住所、氏名				
※医師の意見 <div style="text-align: right;"> 指定療育機関 担当医師氏名 印 </div>				
上記のとおり療育医療用補装具を交付されるよう申請します。 <div style="text-align: center;">年 月 日</div> 京都府知事 殿 <div style="text-align: right;"> 申請者住所 氏 名 </div>				
申請受付年月日		進達 年月日		
経由保健所名	保 健 所 長 印			

※印の欄は、指定療育機関で記入すること。

第11号様式

別記第11号様式（規程第9条関係）

医療用補装具交付承認書			
承認番号		療育券番号	
申請者氏名		受療者氏名	
補装具の種目、型式			
価 格		社会保険等負担額	自己負担額
		円	円
補装具製作所名			
指定療育機関名			
備考			
<p>上記のとおり承認する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">殿</p> <p style="text-align: right;">京都府知事 氏 名^印</p>			
適合検査 年月日		指定療育機関 担当医師名	
申請者 受領印			^印
経由保健所名	保 健 所 長 ^印		

第12号様式

別記第12号様式（規程第10条関係）

療 育 券 療育給付継続承認書 医療用補装具交付承認書 再交付申請書 看護料承認書 移送費承認書					
受療者氏名		男・女	生年月日	年	月 日
扶養義務者氏名		本人との 続柄		職業	
扶養義務者住所					
療育券番号		指定療育 機関名			
申請理由					
を紛失(き損)しましたから再交付を申請します。 年 月 日 京都府知事 殿 <div style="text-align: right;"> 申請者住所 氏 名 生年月日 </div>					
申請受付年月日		進 達 年月日			
経由保健所名	保 健 所 長 (印)				

注意 不要の文字は抹消すること。

第13号様式

別記第13号様式（規程第11条関係）

学 習 用 品 交 付 要 求 書				
内 訳				
(月分から 月分まで)				
学 習 用 品 名	数 量	予 定 単 価	予 定 金 額	摘 要
学級主任の意見				
<p>上記のとおり学習用品の交付をお願いします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>京都府知事 殿</p> <p style="text-align: right;">(受療者氏名) 保護者住所 氏 名</p>				

- 注意 (1) 「摘要」欄には学習用品の種類および規格を記載すること。
 (2) 「学級主任の意見」欄には、上記の学習用品の必要の有無ならびに職、氏名を記入のうえ捺印すること。

第13号の2様式

別記第13号の2様式（規程第11条関係）

日用品交付要求書 （ 月分から 月分まで）					
内 訳	日 用 品 名	数 量	予 定 単 価	予 定 金 額	摘 要
療養生活指導者の 意見					
<p>上記のとおり日用品の交付をお願いします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>京都府知事 殿</p> <p style="text-align: right;">（受療者氏名 保護者住所 氏 名）</p>					

第14号様式

別記第14号様式（規程第11条関係）

学習用品・日用品受領書		
学習用品・日用品名	数 量	備 考
上記のとおり受領しました。		
年 月 日		
京都府知事 殿		
(受療者氏名)		
保護者住所		
氏 名		
印		

第15号様式

別記第15号様式（規程第12条関係）

骨関節結核その他の結核児童退院届						
本人氏名			男・女	生年月日		
保護者	氏名			本人との続柄	職業	
	居住地					
入院年月日			退院年月日			
退職後の本人の居住地						
退院理由						
指示事項	訪問指導の必要の有無					
	その他					
<p>上記のとおり届けます。</p> <p>年 月 日</p> <p>京都府知事 殿</p> <p style="text-align: right;">指定療育機関の名称 担当医師 氏名</p>						
受付年月日			進達年月日			
経由保健所名		保健所長 ㊟				