

別記第 18 号様式を次のように改める。
別記第 18 号様式 削除
附 則
この訓令は、平成 16 年 4 月 1 日から施行する。

告 示

熊本県告示第 335 号の 6

熊本県医療事業実施要項の一部を改正する要項を次のように定める。
平成 16 年 3 月 31 日

熊本県知事 潮 谷 義 子

- 熊本県医療事業実施要項の一部を改正する要項
熊本県医療事業実施要項（平成 8 年熊本県告示第 55 号）の一部を次のように改正する。
第 11 条中第 6 項を第 8 項とし、同条第 5 項中「やむを得ない理由により」を「緊急その他やむを得ない理由により」に、「次に掲げる」を「次の」に、「それぞれ次に掲げる」を「それぞれの」に改め、第 3 号の次に次の 1 号を加え、同項を同条第 7 項とする。
（4）療養手当（介護老人保健施設関係）支給申請書（別記第 31 号様式）
介護老人保健施設入所証明書（別記第 32 号様式）
第 11 条第 4 項中「第 1 項」を「第 2 項及び第 4 項」に改め、同項を同条第 6 項とし、同条第 3 項中「審査のうえ支払を行うかどうか決定し、その旨を前項の医療機関等に通知するものとする。」を「適当であると認めた金額を、医療機関等に支払うものとする。」に改め、同項を同条第 5 項とし、同条第 2 項中「療養費の支払を受けようとする医療機関等は」を「やむを得ない理由により、第 2 項の規定による請求を行うことができない医療機関等が療養費の支払を受けようとするときは」に、「前項」を「第 1 項」に、「書類を」を「書類により」に改め、同項を同条第 4 項とし、同条第 1 項の次に次の 2 項を加える。
2 医療機関等は、医療手帳対象者が医療機関等で療養を受けたときは、療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）、老人訪問看護療養費、訪問看護療養費等の請求に関する省令（平成 4 年厚生省令第 5 号）又は介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令（平成 12 年厚生省令第 20 号）の定めるところにより、療養費を請求するものとする。
3 知事は、医療機関等に対する療養費の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に委託することができるものとする。
第 15 条中「第 11 条第 2 項」を「第 11 条第 4 項」に改める。
第 19 条中「この要項による療養費等、はり・きゅう施術・温泉療養費又は医療費及び介護保険関係療養費」を「第 11 条第 4 項及び第 7 項並びに第 18 条」に改める。
別記第 11 号様式から別記第 16 号様式までを次のように改める。

別記第11号様式（第4条関係）

医 療 手 帳 更 新 申 請 書

平成 年 月 日

熊 本 県 知 事 様

申 請 者 住 所

氏 名

印

私は現在も四肢末梢優位の感覚障害の症状があり、引き続き療養が必要ですので、次のとおり医療手帳の更新を申請します。

医療手帳の更新を受けようとする者	住 所	〒		
		電話		
	氏 名	ふりがな		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
			受給者番号	

※ 医療手帳の有効期間の満了日からさかのぼって1年以内に療養費の支給を受けていない方は、療養証明書を添付してください。

別記第12号様式（第7条関係）

医療手帳記載事項変更届

年 月 日

熊本県知事 様

届出者 住所

氏名

次のとおり医療手帳記載事項の変更を届け出ます。

受給者番号		手帳記載 の氏名	
住所変更の場合	旧		
	新	〒	
		電話	
	変更年月日	年	月 日
氏名変更の場合	旧		
	新	ふりがな	
		変更年月日	年
変更の理由			

注) 現在所持している医療手帳を添付してください。

別記第13号様式（第8条関係）

医療手帳再交付申請書

年 月 日

熊本県知事 様

申請者 住所

氏名

印

次のとおり、医療手帳の再交付を申請します。

受給者番号		ふりがな 氏名	
住 所	〒 電話		
生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日	性別 男・女
再交付申請 の 理 由	1 紛失 2 き損 3 その他（ ）		

- 注) 1 紛失した医療手帳を発見した場合は、速やかにその手帳を返還してください。
 2 医療手帳をき損した場合は、そのき損した手帳を添えて提出してください。

別記第14号様式（第9条関係）

医療手帳返還届

年 月 日

熊本県知事 様

届出者 住所

氏名

次のとおり医療手帳を返還します。

受給者番号		氏名	
住 所	〒 電話		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
返還の理由	1 死亡（死亡日：平成 年 月 日） 2 その他（ ）		

注） 不要になった医療手帳を添えて提出してください。

別記第15号様式（第11条関係）

医療機関コード									
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

療養費支払請求書

年 月分

区 分		件数 (件)	日数 (日)	点数 (点)	療 養 費 額 (円)	
入 院	療 養 費					
	診療報酬					
	小 計					
入 院 外	国 保					
	社保本人					
	社保家族					
	退 職 者					
	退職者家族					
	前 期 高 齢 者	1割				
		2割				
	老 人 保 健	1割				
		2割				
	公費 併用 等					
小 計						
療費等小計 (入院+入院外)		件	日	点	円	
診療報酬明細書 発行手数料		件				
合 計						

上記のとおり請求します。

年 月 日

医療機関 所在地(〒)

法人名

施設名

電 話

代表者名



熊本県知事 様

別記第16号様式（第11条関係）

療 養 費 支 給 申 請 書

年 月 分

療養費申請額		※ 決 定 額	
--------	--	------------	--

療養費の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。

年 月 日

申請者	住所（〒	）
	氏 名	㊟
	電話番号	
	受給者番号	

熊 本 県 知 事 様

別記第17号様式（第11条関係）

療 養 給 付 証 明 書

年 月 分

患 者 氏 名		男 女	住 所										
生年月日	明・大・昭 年 月 日												
傷 病 名	(1)	保 険 の 種 別	(本人・被扶養者)	診 療	入 院 日								
	(2)			実日数	外 来		日						
	(3)	他制度 適用状況		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
療 養 に 要 した 費 用	総療養費（レセプト請求点数×10円）		円	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	保険診療に係る 自己負担金額（合 計）		円	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	内	療 養 費	円	（実際に入院・通院した日） を○で囲んでください。）									
	訳	入院時食事療養費	円										

上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

年 月 日

医療機関コード							
---------	--	--	--	--	--	--	--

医療機関	所在地（〒	）
	名 称	㊟
	電話番号	
	開設者氏名	

（注）裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

◎記入上の注意

【申請書】について

- 1 ※欄は、記入不要です。
- 2 「療養費申請額」欄は、医療機関で負担された保険診療に係る自己負担金額についてのみ記入してください。
(保険診療外の費用については、水俣病総合対策医療事業の対象となりません。)
- 3 高額療養費支給制度により、保険者から払い戻される金銭については、保険者あて請求してください。
(自己負担限度額の範囲で支給します。)

【証明書】について

- 1 「保険の種別」欄は、具体的な名称を記入してください。
(例) 国保、退職者国保(被扶養者)、中央建設国保(本人)等。
なお、生活保護受給中の場合はその旨ご記入ください。
- 2 「療養に要した費用」欄については、保険診療に係る自己負担金額で、他制度適用後の自己負担金額について、記入してください。
※他制度…生活保護法、身障者福祉法や特定疾患治療研究事業
- 3 保険診療外の自己負担金額については、対象となりません。
- 4 医療機関で発行された領収書で、保険適用・適用外の自己負担金額が確認できる場合に限って、証明の必要はありません。
(領収書添付で可)

別記第 18 号様式を次のように改める。

別記第 18 号様式 (第 11 条関係)

(保険適用分)

療養費 (はり・きゅう・マッサージ施術療養費) 支給申請書

受給者番号			
ふりがな		男 女	住 所
氏 名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日		
傷 病 名		保 険 の 名 称	(本人・被扶養者)
施術を行った はり・きゅう ・マッサージ 師の住所氏名	(住 所)		
	(氏 名)		
申 請 額	円	※ 決定額	円
施術の種別	申 請 額 の 内 訳	同意書を発行した保険医の氏名等	
は り 又 は き ょ う	回 円	(所在地)	
は り ・ き ょ う 併 用	回 円	(病院名)	
マ ッ サ ー ジ	回 円	(医師名)	
計	回 円		

療養費 (はり・きゅう・マッサージ施術療養費) の支給を受けたいので、証明書を添えて申請します。

年 月 日

氏 名

印

熊 本 県 知 事 様

注) 申請額は、保険で定められた施術料金の自己負担分です。

- (添付書類) 1. はり・きゅう・マッサージ施術証明書 (別記第 19 号様式)
2. 保険医の同意書 (正本)

別記第 20 号様式を次のように改める。

別記第20号様式（第12条関係）

はり・きゅう施術療養費支給申請書

年 月分

申請額		※決定額	
-----	--	------	--

はり・きゅう施術療養費の支給を受けたいので、下記証明を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住 所:

氏 名:

㊟

電話番号: ()

熊 本 県 知 事 様

生年月日: 明・大・昭 年 月 日

受給者番号

注) 申請額の記入に当たっては、裏面の計算方法によって請求してください。

はり・きゅう施術証明

対象者名 氏名	住 所		はり・きゅうの別 (番号に○を付ける)			領収額	円	
証明欄 1	施術日	年 月 日	1	2	3	領収額	円	
	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用			
施術者 免許番号 (はり・きゅう)			氏名					㊟
住 所			氏名					㊟
証明欄 2	施術日	年 月 日	1	2	3	領収額	円	
	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用			
施術者 免許番号 (はり・きゅう)			氏名					㊟
住 所			氏名					㊟
証明欄 3	施術日	年 月 日	1	2	3	領収額	円	
	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用			
施術者 免許番号 (はり・きゅう)			氏名					㊟
住 所			氏名					㊟
証明欄 4	施術日	年 月 日	1	2	3	領収額	円	
	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用			
施術者 免許番号 (はり・きゅう)			氏名					㊟
住 所			氏名					㊟
証明欄 5	施術日	年 月 日	1	2	3	領収額	円	
	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用	はり・きゅう 併用			
施術者 免許番号 (はり・きゅう)			氏名					㊟
住 所			氏名					㊟

注) 健康保険法等による保険適用分は除きます。
「対象者氏名」及び「住所」欄は対象者本人が、その他の欄については施術者がそれぞれ記入してください。

◎ 記入上の注意

- 1 ※の決定額の欄は記入不要です。
- 2 「受給者番号」欄は、あなたの医療手帳に記載された受給者番号を記入してください。
- 3 申請額は、県が定めた額で計算した金額と実際の支払額のうち少ない金額を記入してください。

県が定めた額による計算とは

(1) はり	回 × 1, 5 0 0 円 =	円	} の合計額です。
(2) きゅう	回 × 1, 5 0 0 円 =	円	
(3) はり・きゅう併用	回 × 2, 0 0 0 円 =	円	

- 4 支給総額は1ヶ月につき7, 5 0 0 円が限度です。
- 5 支給の対象とする施術回数は、はり若しくはきゅうのみの場合又ははり・きゅう併用の場合あわせて月5回が限度です。

別記第 29 号様式を次のように改める。

別記第 29 号様式 (第 11 条関係)

介護保険関係療養費支給申請書

年 月分

療養費申請額		※ 決 定 額	
--------	--	---------	--

療養費の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。

年 月 日

申請者 { 住 所
氏 名 印
電話番号

熊 本 県 知 事 様

受給者番号	
-------	--

別記第 30 号様式 (第 11 条関係)

介護保険関係療養給付証明書

年 月分

対象者名		男女	住 所	
生年月日	明・大・昭 年 月 日			
給付内容	(1)	(要介護状態区分)	サービス	居宅
	(2)	要支援 1 2 3 4 5	提供日	施設
	(3)	(他制度適用状況)	1 2 3 4 5	日
	(4)		6 7 8 9 10	
	(5)		11 12 13 14 15	
				16 17 18 19 20
療養に 要した 費用	総 額		円	〔実際のサービス提供日 を○で囲んでください。〕
	利用者負担額合計 (保険適用分のみ)		円	
	内 療 養 費		円	
訳	食費標準負担額		円	

上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

年 月 日

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所 名 称

所在地 〒

電 話

開設者 氏 名

印

(注)裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

◎記入上の注意

【申請書】について

- 1 「療養費申請額」欄は、介護サービスを受けられた際に負担された自己負担金額のうち、水俣病総合対策医療事業において給付対象となるサービス（※1）の自己負担分のみを記入してください。

※1 水俣病総合対策医療事業の対象サービス
訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導の一部、通所リハ、短期入所療養介護
介護保健施設サービス（緊急時施設療養費に限る。）、介護療養施設サービス（食事提供費用を含む。）

- 2 ※欄は、記入不要です。
- 3 住所、氏名、受給者番号を記入のうえ、必ず押印してください。
- 4 自己負担限度額を超える自己負担金が発生した場合は、高額サービス費として保険者へ請求すると払戻しがありますので、その分は保険者あて請求してください。
（水俣病総合対策医療事業では自己負担限度額の範囲内で支給します。）

◎記入上の注意

【証明書】について

- 1 水俣病総合対策医療事業において給付対象となる介護サービス（※1）についてのみ記入してください。

※1 水俣病総合対策医療事業の対象サービス
訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導の一部、通所リハ、短期入所療養介護
介護保健施設サービス（緊急時施設療養費に限る。）、介護療養施設サービス（食事提供費用を含む。）

- 2 「給付内容」欄は、具体的なサービスの名称を記入してください。
（例）訪問看護、訪問リハ等
- 3 「他制度適用状況」欄は、対象者が他の公費負担制度の適用を受けている場合のみ、その名称を記入してください。
※他制度…生活保護法、結核予防法、身障者福祉法、特定疾患治療研究事業等
- 4 「療養に要した費用」欄については、介護保険適用分の利用者負担額を記入してください。なお、他制度の適用がある場合は、他制度適用後の利用者負担金額について記入してください。
- 5 事業者が発行した領収書（原本）で、保険適用・適用外の利用者負担金額等が確認できる場合に限って、証明の必要はありません。（領収書添付で可）

別記第 30 号様式の次に次の 2 様式を加える。

別記第 3 1 号様式 (第 1 1 条関係)

療養手当 (介護老人保健施設関係) 支給申請書

年 月分

療養手当申請額		※ 決 定 額		円
---------	--	---------	--	---

療養手当の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。

年 月 日

申請者 { 住 所
氏 名 印
電話番号

受給者番号	
-------	--

熊 本 県 知 事 様

別記第 3 2 号様式 (第 1 1 条関係)

介護老人保健施設入所証明書

年 月分

対 象 者 名 氏 名		男 女	住 所												
生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日	要介護状態区分	要支援 1 2 3 4 5											
入 所 日 数	日 間														
実際の入所日を○で囲んでください。															
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

上記のとおり当施設に入所していたことを証明します。

年 月 日

事業所 名 称

所在地 〒

電話番号

開設者の氏名又は名称

印

(注)裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

◎記入上の注意

【申請書】について

- 1 この申請書は、介護老人保健施設に入所された方の療養手当を請求するためのものです。他の介護サービスを受けられた方は記入の必要はありません。
- 2 「療養手当申請額」欄は、下記の金額を記入してください。
 - ① 70歳未満・・・17,200円
 - ② 70歳以上・・・21,200円
- 3 ※欄は、記入不要です。
- 4 住所、氏名、受給者番号を記入のうえ、必ず押印してください。

◎記入上の注意

【証明書】について

この証明書は、介護老人保健施設に入所された方の療養手当を請求するためのものです。他の介護サービスを受けられた方は記入の必要はありません。

附 則

- 1 この要項は、平成16年4月1日から施行する。
- 2 改正後の第11条、第15条及び第19条の規定は、平成16年4月1日以後の療養について適用し、同日前の療養については、なお従前の例による。

熊本県告示第335号の7

昭和47年3月31日熊本県告示第243号の5（収納代理金融機関の名称及び位置）の一部を次のように改め、平成16年4月1日から施行する。

平成16年3月31日

熊本県知事 潮 谷 義 子

収納代理金融機関の名称及び位置の表中

「	みずほ銀行 熊本中央支店	熊本中央支店	熊本中央支店	」
	みずほ銀行 熊本支店	熊本支店	熊本支店	」
「	株式会社 みずほ銀行	東京都千代田区内幸町一丁目1番5号	東京都千代田区内幸町一丁目1番5号	」

を

に改める。

熊本県告示第335号の8

熊本県収納代理金融機関事務取扱要領の一部を改正する要領を次のように定める。

平成16年3月31日

熊本県知事 潮 谷 義 子

熊本県収納代理金融機関事務取扱要領の一部を改正する要領

熊本県収納代理金融機関事務取扱要領（昭和60年熊本県告示第271号の11）の一部を次のように改正する。

第6条に次のただし書を加える。

ただし、県外に本店を有する収納代理金融機関の県外の収納店にあっては、当該掲示を省略することができる。

第16条第1項に次のただし書を加える。

ただし、県外に本店を有する収納代理金融機関の県外の収納店にあっては、収納金日計表及び収納金日計払込書の作成を、当該収納店の収納取りまとめ店に行わせることができる。

別表第2 肥後銀行本店の項中

「	みずほ銀行熊本支店	熊本支店	熊本支店	」
	みずほ銀行熊本中央支店	熊本中央支店	熊本中央支店	」
「	みずほ銀行の全店舗	全店舗	全店舗	」

を

に改める。

附 則

この要領は、平成16年4月1日から施行する。

熊本県告示第335号の9

熊本県産業廃棄物指導要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

平成16年3月31日

熊本県知事 潮 谷 義 子

熊本県産業廃棄物指導要綱の一部を改正する要綱

熊本県産業廃棄物指導要綱（平成5年熊本県告示第388号）の一部を次のように改正する。

目次中「第17条」を「第17条の3」に、「処理施設」を「施設」に、「第25条」を「第27条」に、「第26条－第30条」を「第28条－第32条」に改める。

第1条中「以下「規則」という。」を削り、「熊本県規則第51号。」の次に「以下「細則」という。」を加え、「適正な収集、運搬又は処分に関して」を「排出を抑制し、及び適正な分別、保管、収集、運搬、再生、処分等に資するよう」に改める。

第2条第3号中「第6条第1項第3号イ」を「第6条第1項第3号イ（1）から（6）まで」に改め、同条第4号中「産業廃棄物を排出する」を「その事業（産業廃棄物の処理に係る事業を含む。）活動に伴い産業廃棄物を生ずる事業場を設置している」に改め、同条第5号中「知事」の次に「又は市長」を加え、同条中第6号を削り、第7号を第6号とし、第8号から第10号までを1号ずつ繰り上げ、第9号の次に次の1号を加える。

(10) 産業廃棄物処理施設 法第15条第1項に規定する産業廃棄物処理施設をいう。

第2条第11号を次のように改める。

(11) 産業廃棄物の処理の用に供する施設 前号に規定する産業廃棄物処理施設を含み、運搬車両及び運搬容器を除き、産業廃棄物の処理に係るすべての施設をいう。