

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
1	ケース番号索引簿	ケース番号の索引簿	内部	A4	無	有	-
2	ケース番号搭載簿	ケース番号の搭載簿	内部	A4	無	有	-
3	63条返還金決定調書	生活保護法第63条の返還金に関する決定内容を記載した帳票	内部	A4	無	無	-
4	77条徴収金決定調書	生活保護法第77条の徴収金に関する決定内容を記載した帳票	内部	A4	無	無	-
5	77条の2徴収金決定調書	生活保護法第77条の2の徴収金に関する決定内容を記載した帳票	内部	A4	無	無	-
6	78条徴収金決定調書	生活保護法第78条の徴収金に関する決定内容を記載した帳票	内部	A4	無	無	-
7	63条返還金決定通知書	生活保護法第63条の返還金に関する決定内容を債務者へ通知する帳票	外部	A4	無	無	-
8	77条徴収金決定通知書	生活保護法第77条の徴収金に関する決定内容を債務者へ通知する帳票	外部	A4	無	無	-
9	77条の2徴収金決定通知書	生活保護法第77条2の徴収金に関する決定内容を債務者へ通知する帳票	外部	A4	無	無	-

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
10	78条徴収金決定通知書	生活保護法第78条の徴収金に関する決定内容を債務者へ通知する帳票	外部	A4	無	無	-
11	調定書(生活保護費返還金等)	返還金・徴収金に関する調定結果を記載した帳票	内部	A4	無	無	-
12	63条返還金納入通知書（納付書）	生活保護法第63条の返還金に関する納入内容を債務者へ通知する帳票及び同内容の納付書	外部	A4	無	無	-
13	77条徴収金納入通知書（納付書）	生活保護法第77条の徴収金に関する納入内容を債務者へ通知する帳票及び同内容の納付書	外部	A4	無	無	-
14	77条の2徴収金納入通知書（納付書）	生活保護法第77条の2徴収金に関する納入内容を債務者へ通知する帳票及び同内容の納付書	外部	A4	無	無	-
15	78条徴収金納入通知書（納付書）	生活保護法第78条の徴収金に関する納入内容を債務者へ通知する帳票及び同内容の納付書	外部	A4	無	無	-
16	基礎調査票	被保護者調査（年次調査）の基礎調査において、教育扶助受給状況、介護扶助受給状況等を記載した帳票	内部	A4	無	無	-
17	個別調査票	被保護者調査（年次調査）の個別調査において、世帯の状況、世帯員の状況を記載した帳票	内部	A4	無	無	-
18	月別調査票	被保護者調査（月次調査）において、被保護世帯数、被保護人員、保護施設の在所状況等を記載した帳票	内部	A4	無	無	-

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
19	返還金督促状	被保護者宛の督促状	外部	A4	有	無	-
20	返還金催告書	被保護者宛の催告書	外部	A4	有	無	-
21	履行延期申請書	債務者が債権の履行期限を延長する際の申請書	外部	A4	有	無	-
22	分割納付誓約書	債務者が債権を分割納付する際の申請書	外部	A4	有	無	-
23	保護金品等を徴収金の納入に充てる金額の申出及び分割納付誓約書	債務者が生活保護法第78条に基づく債務につき、保護金品等を徴収金の支払いに充てる際の申請書	外部	A4	有	有	-
24	履行延期（分割延納）承認通知書	債務に関する履行延期（分割延納）申請の承認通知書	外部	A4	有	無	-
25	分割納付承認通知書	債務に関する分割納付申請の承認通知書	外部	A4	有	無	-
26	返還金等決定調書	返還金等に関する決定内容を記載した帳票	内部	A4	無	無	-
27	納入通知書（納付書）	返還金等に関する納入内容を債務者へ通知する帳票及び同内容の納付書	外部	A4	無	無	-

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
28	経理状況報告書	経理状況報告書を出力します。	内部	A4	無	無	-
29	生活保護費支給通知書	被保護者または病院や施設等の被保護世帯以外宛の保護費支給通知書	外部	A4	無	無	-
30	保護金品支給台帳	被保護者別の指定範囲の保護費支給台帳	内部	A4	無	有	-
31	金種表	窓口支払時に必要な紙幣、硬貨の枚数を表した一覧	内部	A4	無	無	-

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	ケースワーク	訪問管理	帳票名称	27条指導指示書
----	--------	------	------	----------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
			オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	文書番号		○		・マスタ管理している、またはフリー入力した文書番号を設定
3	発行年月日	○			・和暦表記
4	宛先郵便番号	○			
5	宛先住所	○			・住所、方書を設定する
6	宛先氏名	○			
7	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える
8	発行自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名
9	発行役職名	○			
10	発行者氏名	○			
11	電子公印	○			
12	指示事項、内容	○			・通知内容に対する補足説明や事務処理遅延に伴う今後の対応内容等を印字する ・「指示事項・内容」の一段下に入力した内容を印字する
13	履行期限年月日	○			・和暦表記
14	発行主体の郵便番号		○		・パラメタなどにより初期設定が行えること
15	発行主体の住所		○		・住所、方書を設定する ・パラメタなどにより初期設定が行えること
16	発行主体の名称		○		・パラメタなどにより初期設定が行えること
17	発行主体の担当部課名称		○		・パラメタなどにより初期設定が行えること
18	発行主体の電話番号		○		・パラメタなどにより初期設定が行えること
19	申請番号		○		
20	ケース番号		○		
21	担当者	○			

業務	ケースワーク	訪問管理	帳票名称	27条指導指示書
----	--------	------	------	----------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

生活保護 部分保護番号 報告番号 報告氏名	性別	文書番号 発行年月	発行自治体名称 発行役職名 発行者氏名	印
--------------------------------	----	--------------	---------------------------	---

生活保護法第27条第1項に基づく指導指示書

貴世帯に対してはかねてから下記の指示事項について、再三、指導・指示してきましたが、いっこうに改善（努力）のあとが認められません。

このような状態では、これまでのように生活保護法の適用を続けることはできなくなりますので、つきましては、同法第27条第1項の規定によりあらためて下記のとおり指示しますので、早急に改善（努力）し、その結果を報告してください。

なお、正当な理由なくこれに従わないときは、同法第62条第3項の規定により保護の変更、停止又は廃止をすることがあります。

1 指示事項・内容

2 履行期限

年 月 日

生活保護法（抜粋）

第27条 保護の実施機関は、被保護者に対して、生活の維持、向上その他保護の目的達成に必要な指導又は指示をすることができる。

2 前項の指導又は指示は、被保護者の自由を尊重し、必要の最小限度に止めなければならない。

3 第1項の規定は、被保護者の意に反して、指導又は指示を強制し得るものと解釈してはならない。

第60条 被保護者は、常に、能力に応じて勤労に励み、支出の制約を回り、その他生活の維持、向上に努めなければならない。

第62条 被保護者は、保護の実施機関が、第30条第1項ただし書の規定により被保護者を救護施設、更生施設若しくはその他の適当な施設に入所させ、若しくはこれらの施設に入所を委託し、若しくは私人の家庭に養護を委託して保護を行うことを決定したとき、又は第27条の規定により、被保護者に対し、必要な指導又は指示をしたときは、これに従わなければならない。

3 保護の実施機関は、被保護者が前2項の規定による義務に違反したときは、保護の変更、停止又は廃止をすることができる。

4 保護の実施機関は、前項の規定により保護の変更、停止又は廃止の処分をする場合には、当該被保護者に対して弁明の機会を与えなければならない。この場合においては、あらかじめ、当該処分をしようとする理由、弁明をすべき日時及び場所を通知しなければならない。

申請番号	ケース番号	発行主体の郵便番号	発行主体の住所	発行主体の名称
				発行主体の担当課名称
				発行主体の家話番号
				担当者

帳票詳細要件 生活保護システム

業務		医療券・調剤券の交付		帳票名称		医療要否意見書	
No.	システム印字項目	たたき台				論点	
		必須	オプション	印字編集条件など			
1	様式番号	○					
2	入院・外来	○					
3	地区名称		○		・該当区分を印字する		
4	ケース番号		○				
5	世帯員番号		○				
6	診療種別	○			・該当区分を印字する		
7	新規・継続	○			・該当区分を印字する		
8	単給・併給	○			・該当区分を印字する		
9	医療の開始年月日	○			・和暦表記		
10	住所	○			・郵便番号、住所、方書を設定する		
11	氏名	○					
12	カナ氏名	○			・半角カナで印字すること		
13	年齢	○					
14	生年月日	○			・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記		
15	発行年月日	○			・和暦表記 ・要否意見の記載欄に印字する		
16	医療機関名称	○					
17	医療機関コード	○					
18	自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名		
19	役職名	○					
20	氏名	○					
21	電子公印	○					
22	宛先自治体名称1	○			・福祉事務所名または自治体名 ・要否意見の記載欄に印字する		
23	宛先役職名1	○			・要否意見の記載欄に印字する		
24	宛先者氏名1	○			・要否意見の記載欄に印字する		
25	敬称1	○			・パラメタなどにより初期設定が行える ・要否意見の記載欄に印字する		
26	要否意見回答年月日	○			・和暦表記 ・元号 年 月 日 文言のみ印字する		
27	地区担当員名	○					
28	要否意見書発行番号	○					
29	発行取扱者	○					
30	発行年月日2	○			・和暦表記 ・診察料・検査料請求書に印字する		
31	宛先自治体名称2	○			・福祉事務所名または自治体名 ・診察料・検査料請求書に印字する		
32	宛先役職名2	○			・診察料・検査料請求書に印字する		
33	宛先者氏名2	○			・診察料・検査料請求書に印字する		
34	敬称2	○			・パラメタなどにより初期設定が行える ・診察料・検査料請求書に印字する		
35	請求年月日	○			・和暦表記 ・元号 年 月 日 文言のみ印字する		
36	年齢2	○			・診察料・検査料請求書に印字する		
37	QRコード・バーコード	○			QRコードまたはバーコードを印字する		

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称	医療要否意見書
----	------	------------	------	---------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号											
入院・外来 医療要否意見書											
地区名称		ケース番号		世帯員番号							
※ 診療種別		※ 新規・継続 (単給・併給)				※ 受理年月日					
年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日			
住所			カナ氏名				生年月日				
( 年 月 日以降の ) (氏名) ( 歳 ) に係る 医療の要否について意見を求めます。											
医療機関名称			院 (所) 長殿			自治体名称		役職名		印	
医療機関コード			氏名								
傷病名又は部位		(1)	初診	(1)	年 月 日		転 帰		年 月 日		
		(2)	年月	(2)	" " "		〔 継続の 〕		治 死 中		
		(3)	日	(3)	" " "		とき記入		ゆ 亡 止		
主要症状及び今後の診療見込		(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入してください。)									
治療見込期間	入院外	か月 日間		概算医療費	(1)今回診療日以降1ヶ月間		(2)第2か月目以降6か月まで		福祉事務所の連絡事項へ		
	入院	期間	か月 日間		円		円				
		(予定)年月日	年 月 日		(入院料)円		(入院料)円				
上記のとおり (1 入院外 2 入院) 医療を (1 要する 2 要しない) と認めます。											
宛先自治体名称		宛先役職名		元号 年 月 日							
宛先者氏名			敬称								
指定医療機関の所在地及び名称 院 ( 所 ) 長 担当医師 ( 診療科名 )											
※ 嘱託医の意見		1.承認 2.不承認 3.本庁協議 (詳細意見)									
※地区担当員名						要否意見書発行番号					



帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称	医療要否意見書
----	------	------------	------	---------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

※発行年月日		年 月 日	診察料・検査料請求書		※発行取扱者
※受理年月日		年 月 日	元号 年 月 日		
宛先自治体名称		宛先役職名	指定医療機関の所在地及び名称		
		宛先者氏名	指定医療機関の長又は開設者氏名		
		敬称			
下記のとおり請求します。					
この券による		年 月 日	※受診者氏名		( 歳)
診 察 料		初 ・ 再 点	(検査名)		
診 察 料		〃			
診 察 料		〃			
請求額	合計	点 円	※社保等負担額	円	差引計 円
QRコード・バーコード					

## 帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称	医療要否意見書
----	------	------------	------	---------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

### 帳票レイアウト検討案

#### （注意）

- この意見書を提示した患者で（1新規）のものは新規に生活保護法による保護を申請している世帯の者です。診察料等を患者から徴収して下さい。  
（2継続）のものは生活保護法による保護を受けている世帯の者です。診察料等を患者から徴収しないで下さい。  
なお、患者に後日医療券が交付された場合には、その医療券に基づき支払基金等あて請求して下さい。  
また、この場合、診察料等の徴収額が、その医療券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返して下さい。
- 「主要症状及び今後の診療見込」欄において臨床諸検査等の記入を福祉事務所からお願いしたときは、直近の臨床諸検査結果等を記入して下さい。
- 患者が診察（初診、再診、往診）又は検査だけを受けた場合には医療券が交付されませんので、この請求書によって直接福祉事務所長に請求して下さい。ただし、新規申請の場合は保護の決定を受けたものに限ります。

#### （記入要領）

- この意見書は、生活保護法による医療扶助を受けようとするとき又は現に受けている医療扶助の停廃止を行う場合に必要となる大切な資料でありますので、できるだけ詳しく、かつ、正確に記入して下さい。ただし、精神病の傷病による入院医療については別に定める様式により記入していただくことになっております。
- 診断が確定せず、傷病名に疑義がある場合には「傷病名又は部位」欄には〇〇の疑いと記入して下さい。
- 「初診年月日」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診年月日を記入して下さい。
- 「概算医療費」欄の「(1)今回診療日以降1か月間」にはこの意見書による診療日以降1ヶ月間に要する医療費概算額を、「(2)第2か月日以降6か月目まで」には、1か月を超えて診療を必要とするものについて、第2か月日以降6か月目までに要する医療費概算額を記入し、（ ）内に入院料を再掲して下さい。  
なお、2継続で併の場合には記入する必要はありません。
- この意見書を提出した患者が急性期医療の定額払い方式の対象患者（以下「対象患者」という。）となる場合は、次のように記入して下さい。  
（1）「医療要否意見書」の次に「（医科入院定額支払用）」と記入して下さい。  
（2）既に対象患者として入院している患者から、この意見書が提出された場合、「診療見込期間」欄の「入院期間」には総入院期間を記入し、その下に「残り期間 か月 日間」と記入して下さい。  
（3）「概算医療費」欄の「(1)今回診療日以降1か月間」には入院時請求額を、「(2)第2か月日以降6か月目まで」には概算医療費の総額を記入して下さい。
- ※印欄は福祉事務所ですべて記入します。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護レセプト審査・支払	帳票名称	介護給付費公費受給者別一覧表
----	------	-------------	------	----------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		印字編集条件など	論点
				オプション		
1	様式番号	○				
2	公費負担者番号	○				
3	公費負担者名	○				
4	審査年月	○			・和暦表記	
5	発行年月日	○			・和暦表記	
6	頁	○				
7	国保連合会名称	○				
8	請求データ	○			・スペースが足りない場合は、次ページ以降に超過分及び合計行を印字する	
9	受給者番号	○				
10	サービス提供年月	○			・和暦表記	
11	事業所番号	○				
12	事業所名	○				
13	サービス種類名	○				
14	サービス項目名	○				
15	日数・回数	○				
16	公費対象単位数	○				
17	公費負担金額	○				
18	公費分本人負担額	○				
19	保険者番号	○				
20	保険者名	○				
21	被保険者番号	○				
22	地区担当員	○				



帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	就労・自立支援	帳票名称	求職状況・収入申告書
----	----------------------	---------	------	------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
			オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	宛先自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名
3	宛先役職名	○			
4	宛先者氏名	○			
5	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える
6	作成年月日	○			・和暦表記 ・元号 年 月 日 日 言のみ印字
7	申請者住所	○			・住所、方書を設定する ・住所出力が選択された場合のみ、印字する
8	申告年月	○			・和暦表記
9	備考	○			
10	期限年月日		○		・和暦表記 ・「元号 年 月 日までに提出してください。」の文 言のみ印字
11	担当者	○			
12	QRコード・バーコード	○			・QRコードまたはバーコードを印字する



帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称	給付要否意見書（あん摩・マッサージ、はり・きゅう）
----	------	--------	------	---------------------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		印字編集条件など	論点
				オプション		
1	様式番号	○				
2	取消線	○			・利用用途に応じて、使用しない帳票タイトルは取消線を引く	
3	ケース番号		○			
4	世帯員番号		○			
5	指定施術者名	○				
6	新規・継続	○			・保護新規に該当する場合は「新規」、継続に該当する場合は「該当」を印字す	
7	医療の開始年月日	○			・和暦表記	
8	氏名	○				
9	年齢	○				
10	交付年月日	○			・和暦表記	
11	自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
12	役職名	○				
13	氏名	○				
14	電子公印	○				
15	患者氏名	○				
16	宛先自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
17	宛先役職名	○				
18	宛先者氏名	○				
19	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える	
20	要否意見回答年月日	○			・和暦表記 ・元号 年 月 日 文言のみ印字する	
21	地区担当員名	○				
22	発行取扱者名	○				
23	要否意見書発行番号	○				
24	QRコード・バーコード	○			QRコードまたはバーコードを印字する	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称	給付要否意見書（あん摩・マッサージ、はり・きゅう）
----	------	--------	------	---------------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>※ 福祉事務所記載欄</span> <span>※ 指定施術者名</span> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>※ 形式番号</span> <span>※ 受取年月日 年 月 日</span> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>※ 給付要否意見書(あん摩・マッサージ、はり・きゅう)</span> </div>				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>※ 新規・継続</span> <span>※ ( 年 月 日以降の) (氏名) ( 歳)に係る施術の給付の要否について意見を求めます。</span> </div>				
年 月 日				
自治体名称 役職名 氏名 印				
要 否 意 見	傷病名(部位)	初検年月日	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	
見 込 欄 ( 施 術 者 記 載 欄)	療養(治癒)見込期間	概算見積額(初検時又は7ヶ月日以降)		
	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。 元号 年 月 日 自治体名称 役職名 氏名 職 指定施術機関(施術者)の所在地及び名称				
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	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 (詳細意見)			
	印			

※ 古紙意見書発行番号



業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称	給付要否意見書（あん摩・マッサージ、はり・きゅう）
----	------	--------	------	---------------------------

凡例

（記載注意）

- 1 施術を行う場合は、事前に医師の同意を得ること。
- 2 転帰「(継続の場合)」欄は、6ヶ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(治療)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(6ヶ月を超えて療養を必要とする場合は7ヶ月日以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 4 ※印欄は福祉事務所で記入するので、記載しないこと。

QRコード・バーコード

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称	給付要否意見書(柔道整復)
----	------	--------	------	---------------

No.	システム印字項目	実装すべき項目	たたき台		印字編集条件	論点
				実装してもしなくても良い項目		
1	様式番号	○				
2	ケース番号		○			
3	世帯員番号		○			
4	指定施術者名	○				
5	新規・継続	○			・保護新規に該当する場合は「新規」、 継続に該当する場合は「該当」を印字す	
6	医療の開始年月日	○			・和暦表記	
7	氏名	○				
8	年齢	○				
9	交付年月日	○			・和暦表記	
10	宛先自治体名称1	○			・福祉事務所記載欄に印字する	
11	宛先役職名1	○			・福祉事務所記載欄に印字する	
12	宛先者氏名1	○			・福祉事務所記載欄に印字する	
13	電子公印	○				
14	患者氏名	○				
15	宛先自治体名称2	○			・柔道整復師記載欄に印字する	
16	宛先役職名2	○			・柔道整復師記載欄に印字する	
17	宛先者氏名2	○			・柔道整復師記載欄に印字する	
18	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える	
19	要否意見回答年月日	○			・和暦表記 ・元号 年 月 日 文言のみ印字する	
20	地区担当員名	○				
21	発行取扱者名	○				
22	要否意見書発行番号	○				
23	QRコード・バーコード	○			・QRコードまたはバーコードを印字する	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称	給付可否意見書(柔道整復)
----	------	--------	------	---------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号	ケース番号			世帯員番号	給付可否意見書(柔道整復)		
※ 福祉事務所記載欄	※ 新規・継続		※ 受理年月日 年 月 日				
	※ ( 年 月 日以降の) (氏名) ( 歳)に係る施術の給付の可否について意見を求めます。						
		年 月 日			印		※ 指定施術者名
		※ 市先自治体名称	※ 市先役職名	※ 市先者氏名			
要 否 意 見 (柔道整復師記載欄)	傷病名(部位)	初検年月日	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(治療)見込期間		概算見積額(初検時又は4ヶ月日以降)					
か月又は 日間		1月目 円	2月目 円	3月目 円			
(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。							
		元号 年 月 日			印		
		※ 市先自治体名称	※ 市先役職名	※ 市先者氏名			
医師同意	(注) 脱臼又は骨折(応急手当を除く)の場合のみ同意が必要						
市 嘱 託 医 意 見	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 (詳細意見)						印

(記載注意)

要否意見書発行番号

- 1 転帰「(継続の場合)」欄は、3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。
- 2 「療養(治療)見込期間」及び「概算見積額」欄は、初検時(3か月を超えて療養を必要とする場合は4か月日以降)の療養(治療)見込期間及び概算見積額を記載すること。
- 3 「医師同意」欄は、施術者が同意を得た指定医療機関名、医師名、所在地及び同意年月日を記載したもので差し支えないこと。
- 4 ※印欄は福祉事務所にて記入するので、記載しないこと。

QRコード・バーコード

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	治療材料券の交付	帳票名称	給付要否意見書（所要経費概算見積書）
----	------	----------	------	--------------------

No.	たたき台				論点
	システム印字項目	必須	オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	治療材料・移送1	○		・該当区分を印字する ・福祉事務所記載欄上部に印字する	
3	取扱業者名	○			
4	新規・継続	○		・保護新規に該当する場合は「新規」、継続に該当する場合は「該当」を印字する	
5	医療の開始年月日	○		・和暦表記	
6	氏名	○			
7	年齢	○			
8	治療材料・移送2	○		・保護新規に該当する場合は「新規」、継続に該当する場合は「該当」を印字する	
9	交付年月日	○		・和暦表記	
10	宛先自治体名称1	○		・福祉事務所記載欄に印字する	
11	宛先役職名1	○		・福祉事務所記載欄に印字する	
12	宛先者氏名1	○		・福祉事務所記載欄に印字する	
13	電子公印	○			
14	患者氏名	○			
15	宛先自治体名称2	○		・医師記載欄に印字する	
16	宛先役職名2	○		・医師記載欄に印字する	
17	宛先者氏名2	○		・医師記載欄に印字する	
18	敬称1	○		・パラメタなどにより初期設定が行える ・医師記載欄に印字する	
19	要否意見回答年月日	○		・和暦表記 ・元号 年 月 日 文言のみ印字する	
20	宛先自治体名称3	○		・取扱業者記載欄に印字する	
21	宛先役職名3	○		・取扱業者記載欄に印字する	
22	宛先者氏名3	○		・取扱業者記載欄に印字する	
23	敬称2	○		・パラメタなどにより初期設定が行える ・取扱業者記載欄に印字する	
24	所要経費概算見積年月日	○		・和暦表記 ・元号 年 月 日 文言のみ印字する	
25	ケース番号		○		
26	世帯員番号		○		
27	地区担当員名	○			
28	発行取扱者名	○			
29	交付番号	○			
30	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	治療材料券の交付	帳票名称	給付要否意見書（所要経費概算見積書）
----	------	----------	------	--------------------

凡例  
 黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

医療要否意見書（所要経費概算見積書）

治療材料・移送

京	新規・継続	京受理年月日	年 月 日	
福祉事務所	京（ 年 月 日以降の）（氏名）		（ 歳）に係る	
	治療材料・移送 の給付の要否について意見を求めます。			
		年 月 日		
		<input type="text"/> 京自治体名称 <input type="text"/> 京役職名 <input type="text"/> 印	印	
		<input type="text"/> 京先者氏名 <input type="text"/> 印		
取付意見書（医師の意見）	傷 病 名		傷病の程度及び給付を必要とする理由	
	(1)			
	(2)			
	(3)			
	給付内容	治療材料	種類	使用見込機関
		移送	種類・区間	1か月に
		治療に必要な通院頻度	1か月に	
		移送を要する見込期間	1か月に	
(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。				
		<input type="text"/> 京自治体名称 <input type="text"/> 京先者氏名 <input type="text"/> 京印	<input type="text"/> 年 月 日 指定医療機関の所在地及び名称 院（所）長	
所要経費概算見積書	治療材料	給付方法	種	
	購入		品名（商品名）	
	合計		単価	
	貸与・修		数量	
	合計		金額	
(治療材料) _____ について、上記のとおり概算見積します。				
		<input type="text"/> 京自治体名称 <input type="text"/> 京先者氏名 <input type="text"/> 京印	<input type="text"/> 年 月 日 取扱業者の所在及び名称	
福祉事務所	京（移送費概算額等を記載）			
京意見書	1. 承認 2. 不承認 3. 本庁協議 （詳細参照）			

京データベース番号  京データベース番号  京担当員番号  京地区担当員名 \_\_\_\_\_

（記載注意） ※印欄は福祉事務所にて記入するので、記載しないこと。  京交付番号

QRコード・バーコード

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	検診命令	帳票名称	検診書
----	----------------------	------	------	-----

No.	システム印字項目	たたき台		印字編集条件など	論点
		必須	オプション		
1	様式番号	○			
2	福祉事務所受領印		○	・「福祉事務所受理」の文言および受領印欄の枠を印字する	
3	発行年月日	○		・和暦表記	
4	文書番号	○		・マスタ管理した、もしくはフリー入力した文書番号を設定	
5	宛先自治体名称	○		・福祉事務所名または自治体名	
6	宛先役職名	○			
7	宛先者氏名	○			
8	敬称	○		・パラメタなどにより初期設定が行える	
9	検査を受ける者の氏名	○			
10	検査を受ける者の居住地	○		・郵便番号、住所、方書を設定する	
11	年齢	○			
12	性別	○		・該当区分を印字する	
13	地区担当員	○			
14	福祉事務所	○			
15	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する	
16	記事	○		・記事出力を選択した場合のみ、印字す	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	検診命令	帳票名称	検診書
----	----------------------	------	------	-----

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

<b>様式番号</b>				福祉事務所受理
※	発行年月日	交付	検	診
	文書番号		書	
検査を受ける者の 居住地及び氏名		歳	性別	
宛先自治体名称	宛先役職名			
宛前者氏名	敬称	年	月	日
医療機関の所在地及び名称				
院 (所)		長		
担当医師				
上記の者に対する検診結果は下記のとおりであります。				
1 傷病名				
2 病 状				
3 診療の要否、診療の方法等に関する意見				
※地区担当員				
記事				印
※福祉事務所				
囑託医意見				印
(注意)				
QRコード・バーコード				

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	ケースワーク	就労・自立支援	帳票名称	個人票A
----	--------	---------	------	------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		印字編集条件など	論点
				オプション		
1	様式番号	○				
2	福祉事務所名称	○				
3	所在地	○			・郵便番号、住所、方書を設定する	
4	福祉部門担当コーディネーター名	○				
5	福祉事務所電話番号	○				
6	氏名	○				
7	カナ氏名	○			・半角カナで印字する	
8	生年月日	○			・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
9	受給者番号	○			・ケース番号を印字する	
10	現住所	○			・郵便番号、住所、方書を設定する	
11	電話番号	○				
12	就労経歴	○			・該当する区分に√を印字する	
13	最後の就労年月	○			・和暦表記	
14	働いていた期間	○			・和暦表記	
15	仕事の内容	○				
16	仕事を辞めた理由	○			・該当する区分に√を印字する	
17	就労意欲	○			・該当する区分に√を印字する	
18	希望する仕事の内容	○				
19	配慮すべき事項	○			・該当する区分に√を印字する	
20	留意事項	○				
21	支援・取り組みの内容、コメント	○				
22	宛先機関名称	○				
23	宛先役職名1	○				
24	宛先者氏名1	○			・宛先機関名称に対応する宛先者氏名を印字する	
25	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える ・宛先機関名称に対応する敬称を印字する	
26	宛先自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
27	宛先役職名2	○			・宛先自治体名称に対応する宛先役職名を印字する	
28	宛先者氏名2	○			・宛先自治体名称に対応する宛先者氏名を印字する	
29	敬称2	○			・パラメタなどにより初期設定が行える ・宛先自治体名称に対応する敬称を印字する	
30	福祉事務所名称1	○			・事業参加申込書の「1」に印字する	
31	自治体名1	○			・事業参加申込書の「1」に印字する	
32	公共職業安定所名称1	○			・事業参加申込書の「1」に印字する	
33	福祉事務所名称2	○			・事業参加申込書の「2」に印字する	
34	自治体名2	○			・事業参加申込書の「2」に印字する	
35	公共職業安定所名称2	○			・事業参加申込書の「2」に印字する	
36	申請年月日	○			・和暦表記 ・申請年月日の出力を選択した場合のみ、印字する	



帳票詳細要件 生活保護システム

業務	ケースワーク	就労・自立支援	帳票名称	個人票A
----	--------	---------	------	------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

個人票A

(表面)

福祉部門(福祉事務所等)の名称	所在地
福祉部門担当コーディネーター名	電話番号

フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日	受給者番号
------------	---------------	-------

現住所	電話番号
-----	------

就労経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	就労時期	年 月ごろまで累計で約 年間
		仕事の内容	
		仕事を辞めた理由	<input type="checkbox"/> 解雇等 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 結婚・育児 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他( )

就労意欲	<input type="checkbox"/> すぐに就職(転職)したい <input type="checkbox"/> 良い条件のものがあれば就職(転職)したい <input type="checkbox"/> 就職(転職)について考えてみたい <input type="checkbox"/> 今は就職(転職)する気持ちはないが、いずれ考えたい <input type="checkbox"/> その他( )
------	--

希望する仕事の内容 (職種・労働条件など)	
--------------------------	--

配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 自立意欲 <input type="checkbox"/> 労働能力( ) <input type="checkbox"/> その他( )
---------	---

就労支援にあたっての留意事項

福祉部門における就労意欲喚起などの支援・取り組みの内容、コメント

- ・福祉部門の支援事業(生活保護受給者・生活困窮者については、必ず記載のこと)
- ・支援期間及び支援予定期間(生活保護受給者・生活困窮者については、必ず記載のこと)

※裏面は事業参加申込書

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	ケースワーク	就労・自立支援	帳票名称	個人票A
----	--------	---------	------	------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

(裏面)

事業参加申込書

宛先機関名称	宛先役職名
宛先者氏名	敬称
宛先自治体名称	宛先役職名
宛先者氏名	敬称

私は、以下の点について同意の上、生活保護受給者等就労自立促進事業に参加します。

- 1 表面個人票Aの各項目に係る私の個人情報を地方公共団体（ 福祉事務所/ 市（区）自立相談支援機構）から 公共職業安定所へ提供すること。
- 2 支援対象とされた後の求職活動状況など就労・自立支援の実施に必要な範囲内で私の個人情報を地方公共団体（ 福祉事務所/ 市（区）自立相談支援機構）と 公共職業安定所の間で相互に提供すること。

元号 年 月 日

(自署)

氏名

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称	施術券（あん摩・マッサージ）
----	------	--------	------	----------------

No.	たたき台				論点
	システム印字項目	必須	オプション	印字編集条件など	
1	再発行の文言	○		・帳票を再発行する場合、左上部分に「再発行」の文言を印字する	
2	様式番号	○			
3	施術年月	○		・和暦表記	
4	地区担当員	○			
5	取扱担当者	○			
6	自治体名称	○		・福祉事務所名または自治体名	
7	役職名	○			
8	氏名	○			
9	電子公印	○			
10	交付番号	○			
11	有効期間開始日	○			
12	有効期間終了日	○			
13	単給・併給	○		・該当区分を印字する	
14	患者氏名1	○		・生活保護法施術券に印字する	
15	生年月日	○		・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
16	年齢	○			
17	性別	○		・該当区分を印字する	
18	ケース番号		○		
19	世帯員番号		○		
20	居住地	○		・郵便番号、住所、方書を印字する	
21	指定施術者名	○			
22	傷病名	○			
23	傷病名（部位）	○			
24	社保区分	○		・該当区分を印字する	
25	社保有無	○		・該当区分を印字する	
26	社保割合	○			
27	本人支払額	○			
28	患者氏名2	○		・請求書に印字する	
29	請求書発行年月日	○		・和暦表記 ・元号 年 月 日 日 日 日のみ印字する	
30	宛先自治体名称	○		・福祉事務所名または自治体名	
31	宛先役職名	○			
32	宛先者氏名	○			
33	敬称	○		・パラメタなどにより初期設定が行える	
34	指示番号		○	・帳票の一括および個別出力ごとに連番を印字する	
35	振込先金融機関名		○		
36	振込先支店名		○		
37	振込先ふりがな		○		
38	振込先口座名義		○		
39	振込先預金種類		○		
40	振込先口座番号		○		
41	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称	施術券 (あん摩・マッサージ)
----	------	--------	------	-----------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称 (プレ印字ではない)

帳票レイアウト検討案

再発行  様式番号

(表 面)

あん摩・マッサージ

( 年 月分) 地区担当員

取扱担当者

生活保護法 施術券	交付番号	この券の有効期間	日から	日まで	単給・併給		
	患者氏名	生年月日 ( 歳) 性別	居住地				
	ケース番号	世帯番号	指定施術者名				
施術費 給付 請求 明細書	初回施術年月日	年 月 日	実日数	日	転帰	治癒・中止	
	① マッサージ	腰 幹 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円× 円× 円× 円× 円×	回= 回= 回= 回= 回=	円 円 円 円 円	換 要	
	② 温療法 (加算)		円×	回=	円		
	③ 温電・電気光線器具 (加算)		円×	回=	円		
	④ 変形徒手矯正術	右上肢 左上肢 右下肢 左下肢	円× 円× 円× 円×	回= 回= 回= 回=	円 円 円 円		
	⑤ 往 療 料 4kmまで		円×	回=	円		
	4km超		円×	回=	円		
	⑥ 施術報告書交付料 (前回支給： 年 月分)		円×	回=	円		
	施術日	通院○	月	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◎						
⑦ 合計金額 ((①+②+③+④+⑤+⑥))					請求	※決定	
					円	円	
※ ⑧ 社保負担 ( 社保区分) 有・無				割	円	円	
※ ⑨ 本人支払額				円	円	円	
⑩ 差引請求 (支払) 金額 ((⑦)-⑧-⑨))					円	円	
請求書	(患者氏名) にかかる上記明細書による施術料を請求します。						
	元号	年	月	日			
	宛先自治体名称	宛先役職名	住所				
	宛先者氏名	敬称	指定施術者氏名				

※ 自治体名称

役職名

氏名

印

口座振替申出表示	
金融機関名	
支店名	
ふりがな	
口座名義	
預金の種類	
口座番号	

指示番号

QRコード・バーコード

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称	施術券 (あん摩・マッサージ)
----	------	--------	------	-----------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

(裏面)

(あん摩)

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左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額です。窓口で徴収して下さい。
- 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下さい。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下さい。
- 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、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下さい。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下さい。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「本人支払額」「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下さい。
- 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下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記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下さい。
  - (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) 往療距離記入もれ
  - (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下さい。

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「本人支払額」欄に記入された金額です。窓口で支払って下さい。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、停止又は廃止が行な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下さい。
- 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長に届け出て下さい。
- 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。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称 (法令通知)	施術券及び施術報酬請求明細書 (柔道整復)
----	------	--------	-------------	-----------------------

No.	システム印字項目	たたき台		印字編集条件など	論点
		必須	オプション		
1	再発行の文言	○		・帳票を再発行する場合、左上部分に「再発行」の文言を印字する	
2	様式番号	○			
3	地区担当員	○			
4	取扱担当者	○			
5	ケース番号		○		
6	世帯員番号		○		
7	自治体名称	○		・福祉事務所名または自治体名	
8	役職名	○			
9	氏名	○			
10	電子公印	○			
11	施術年月	○		・和暦表記	
12	交付番号	○			
13	有効期間開始日	○			
14	有効期間終了日	○			
15	単給・併給	○		・該当区分を印字する	
16	氏名2	○		・「生活保護法施術券」部分に印字する	
17	性別	○		・該当区分を印字する	
18	生年月日	○		・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
19	住所	○		・郵便番号、住所、方書を設定する	
20	指定施術者名	○			
21	傷病名 (部位)	○			
22	社会保険負担 (健・共) の有無	○		・該当区分を印字する	
23	社会保険負担 (健・共) の割合	○		・社会保険の負担がある場合、印字する	
24	施術証明発行年月日	○		・和暦表記 ・元号 年 月 日 日 文言のみ印字する	
25	請求書発行年月日	○		・和暦表記 ・元号 年 月 日 日 文言のみ印字する	
26	宛先自治体名称	○		・福祉事務所名または自治体名	
27	宛先役職名	○			
28	宛先者氏名	○			
29	敬称	○		・パラメタなどにより初期設定できる	
30	振込先金融機関名		○		
31	振込先支店名		○		
32	振込先預金種類		○		
33	振込先口座番号		○		
34	振込先口座名義		○		
35	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称 (法令通知)	施術券及び施術報酬請求明細書 (柔道整備)
----	------	--------	-------------	-----------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称 (プレ印字ではない)

帳票レイアウト検討案

再発行 様式番号

施術券及び施術報酬請求明細書 (柔道整備)

地区担当員  
取扱担当者

(この年の 年 月分) ケース番号 世帯員番号

生活保護法 施術券	交付番号	この年の有効期間	日から 日まで		印刷・印字																									
	氏名	性別 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">性別</span>	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	負傷者	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	転 帰																							
	(1)	・	・	・	・	・	治癒・中止・転医																							
	(2)	・	・	・	・	・	治癒・中止・転医																							
	(3)	・	・	・	・	・	治癒・中止・転医																							
	(4)	・	・	・	・	・	治癒・中止・転医																							
	(5)	・	・	・	・	・	治癒・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																														
様 式						請求区分	新 規 継 続																							
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	円	初検時相談 支援料	円	往療料	km	金網梯子等 加算	回	施術情報 提供料	円	計	円																			
	円	再検料	円	加算 (夜間・難路・ 暴風雨雪)	円	柔道整備 運動後療料	回	円	円	円																				
加算 (休日・深夜・時間外)	円										計	円																		
添付料・固定料・ 加療料	(1) 円	(2) 円	(3) 円	(4) 円	(5) 円	計	円																							
部位	%	添付料	円	冷電法料	円	温電法料	円	電療料	円	計	円	多部位	円	長期	円															
(1)	100	---										---																		
(2)	100	---										---																		
(3)	60	---										0.6																		
(4)	100	---										---																		
(4)	60	---										0.6																		
領 要											合 計	---				円														
											歩行補助具(脚・杖) 付・加 割	---					円													
											本人支払額	※					円													
											金網梯子等 加算日	1回目	2回目	3回目			円													
										柔道整備運動 後療料加算日	日	日	日	日			円													
施術証明欄	上記の通り施術したことを証明します。 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">元号</span> 年 月 日					所在地 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">〒</span>																								
					施術所名称		電 話		指定施術者氏名																					
請求書	(患者氏名) にかかる上記明細書による施術料を請求します。 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">元号</span> 年 月 日 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">宛先自治体名称</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">宛先役職名</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">宛先者氏名</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">敬称</span>					住 所																								
					ほり・きゅう師 氏 名																									

振込先	銀行	預金種別	預金	口座番号	口座名義
	信用金庫				
	支店				

備考 この用紙は、日本工業規格 A 列 4 番とすること。(※は福祉事務所用欄)

QRコード・バーコード

自治体名称  
役職名  
氏名  
印

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称 (法令通知)	施術券及び施術報酬請求明細書 (柔道整復)
----	------	--------	-------------	-----------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称 (プレ印字ではない)

帳票レイアウト検討案

(裏 面)

(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。すから窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、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、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。請求明細書の「適用」欄にその傷病(部位)名を記入しておいてください。
- 4 施術券の所定事項及び明細書の「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 「負傷の原因」欄には、3部位目を所定料金の100分の60に相当する金額により算定することとなる場合には、すべての負傷名にかかる具合的な負傷の原因を記載してください。
- 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、往療した患者までの直線距離(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載してください。  
また、「摘要」欄に次の事項を記載してください。
  - (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」欄に記載してください。
- 10 施術報酬請求明細書について下記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) 請求者の氏名の記入もれ
  - (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。



## 帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称 (法令通知)	施術券及び施術報酬請求明細書 (柔道整復)
----	------	--------	-------------	-----------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称 (プレ印字ではない)

### 帳票レイアウト検討案

- 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。
- あなたが直接支払う額は、表面右側下欄の「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。
- 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。
- 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。
- 施術券は、他人に譲ったり又は使用させてはいけません。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称	施術券及び施術報酬請求明細書（はり・きゅう）
----	------	--------	------	------------------------

No.	たたき台		印字編集条件など	論点
	システム印字項目	必須 オプション		
1	再発行の文言	○	・帳票を再発行する場合、左上部分に「再発行」の文言を印字する	
2	様式番号	○		
3	施術年月	○	・和暦表記	
4	地区担当員	○		
5	取扱担当者	○		
6	自治体名称	○	・福祉事務所名または自治体名	
7	役職名	○		
8	氏名	○		
9	電子公印	○		
10	交付番号	○		
11	有効期間開始日	○		
12	有効期間終了日	○		
13	施術開始月	○	・和暦表記	
14	単給・併給	○	・該当区分を印字する	
15	生年月日	○	・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
16	年齢	○		
17	性別	○	・該当区分を印字する	
18	ケース番号		○	
19	世帯員番号		○	
20	患者氏名1	○	・生活保護法施術券に印字する	
21	居住地	○	・郵便番号、住所、方書を設定する	
22	はり・きゅう師氏名	○		
23	傷病名（部位）	○		
24	社保区分	○	・該当区分を印字する	
25	社保有無	○	・該当区分を印字する	
26	社保割合	○		
27	本人支払額	○		
28	患者氏名2	○	・請求書に印字する	
29	請求書発行年月日	○	・和暦表記 ・元号 年 月 日 文言のみ印字する	
30	宛先自治体名称	○	・福祉事務所名または自治体名	
31	宛先役職名	○		
32	宛先者氏名	○		
33	敬称	○	・パラメタなどにより初期設定が行える	
34	委任状発行年月日	○	・和暦表記 ・元号 年 月 日 文言のみ印字する	
35	振込先金融機関名		○	
36	振込先支店名		○	
37	振込先預金種類		○	
38	振込先口座番号		○	
39	振込先口座名義		○	
40	指示番号		○	・帳票の一括および個別出力ごとに連番を印字する
41	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する

帳票詳細要件 生活保護システム

業務 医療扶助 施術券の交付 帳票名称 施術券及び施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称 (プレ印字ではない)

帳票レイアウト検討案

再発行  原式番号

施術券及び施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

( 年 月分) 地区担当員 取扱担当者

生活保護法 施術券	交付番号	有効期間 日から 日まで	施術開始月 年 月	<input type="checkbox"/> 単給・併給
	患者氏名	生年月日 歳) 性別	居住地	
	ケース番号	世帯目番号		
	傷病名 1 神経痛 2 リウマチ 3 腰痛肩群 4 五十肩 5 腰痛症 6 椎捻挫後遺症 7 その他 ( )	はり・きゅう師氏名		

自治体名称

役職名

氏名

印

施術報酬請求明細書 (はり・きゅう)

○初回施術 年月日	年月日	末日数	日	既施術回数	回	転 帰	治療・中止
① 初 検 料	1 はり 2 きゅう 3 はりきゅう併用			円	摘 要		
② 施 術 料	はり			円 × 回 =	円		
	きゅう			円 × 回 =	円		
	はり、きゅう併用			円 × 回 =	円		
	電療料 1 電気針 2 電気温灸器 3 電気光線器具			円 × 回 =	円		
③ 往 療 料		4 km まで	円 × 回 =	円			
		4 km 超	円 × 回 =	円			
④ 施術報告書交付料 (前回支給: 年月)				円 × 回 =	円		
施術日 通院○ 住療○	月	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					
⑤ 合計金額 (①+②+③+④)				請 求	決 定		
※ ⑥ 社 保 自 担 (社保区分 有・無)				円	円		
※ ⑦ 本人支払額				円	円		
⑧ 差引請求 (支払) 金額 (⑤-⑥-⑦)				円	円		

請求書 患者氏名 にかかる上記明細書による施術料を請求します。  
 元号 年 月 日 宛先自治体名称 宛先役職名 宛先者氏名 敬称  
 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 (氏名) に委任します。  
 元号 年 月 日 (はり・きゅう師名)  
 氏 名

振込先	銀行 信用金庫 支 店	預金種類	預金	口座番号	口座名義
-----	-------------------	------	----	------	------

印番番号

QR コード・バーコード

業務	医療扶助	施術券の交付	帳票名称	施術券及び施術報酬請求明細書（はり・きゅう）
----	------	--------	------	------------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

（裏面）

はり・きゅう師へのお知らせ

- 1 患者の本人支払額は、施術報酬請求明細書左側下欄の「本人支払額」欄記入の金額です。窓口で徴収して下さい。
- 2 施術券の有効期間の延長を必要と認めるときは、ただちに福祉事務所に連絡のうえ補正をうけて下さい。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下さい。
- 3 施術券の所定事項及び請求明細書の「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长印のないものは無効です。福祉事務所に返送して下さい。
- 4 「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、その傷病についての初回施術年月日を記入して下さい。また「①初検料」の施術内容欄には、該当する項目を○で囲んで下さい。
- 5 「摘要」欄には往療を必要とした理由等を付記して下さい。
- 6 施術報酬請求明細書について下記事由に該当する場合は、返戻されることがあります。注意して下さい。
  - (1) 請求書の氏名の記入もれ
  - (2) 初回施術年月日、既施術回数の記入もれ
  - (3) 往療距離記入もれ
  - (4) その他

（記入上の注意）

※印の欄には記入しないで下さい。

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、表面「本人支払額」欄に記入された金額です。窓口で支払って下さい。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、停止又は廃止が行なわれることもあります。
- 4 施術者および福祉事務所长の指示、指導に従って療養に専念して下さい。
- 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。注意して下さい。
- 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长に届け出て下さい。
- 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。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務 医療扶助 治療材料券の交付 帳票名称 治療材料券・治療材料費請求明細書

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
				オプション	
1	再発行の文言	○			・帳票を再発行する場合、左上部分に「再発行」の文言を印字する
2	様式番号	○			
3	地区担当員	○			
4	取扱担当者	○			
5	発行自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名
6	発行役職名	○			
7	発行者氏名	○			
8	電子公印	○			
9	交付番号	○			
10	有効期限	○			・和暦表記
11	単給・併給	○			・該当区分を印字する
12	生年月日	○			・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記
13	年齢	○			
14	性別	○			・該当区分を印字する
15	ケース番号		○		
16	世帯員番号		○		
17	受給者氏名	○			
18	居住地	○			・郵便番号、住所、方書を設定する
19	取扱業者	○			
20	所在地	○			・郵便番号、住所、方書を設定する
21	治療材料種類名称	○			
22	金額	○			
23	給付方法	○			
24	社保区分	○			・該当区分を印字する
25	社保有無	○			・該当区分を印字する
26	社保割合	○			
27	他法負担有無	○			・該当区分を印字する
28	他法負担割合	○			
29	本人支払額	○			
30	振込先金融機関名		○		
31	振込先支店名		○		
32	振込先ふりがな		○		
33	振込先口座名義		○		
34	振込先預金種類		○		
35	振込先口座番号		○		
36	指示番号		○		
37	QRコード・バーコード	○			・QRコードまたはバーコードを印字する

帳票詳細要件 生活保護システム

業務 医療扶助 治療材料券の交付 帳票名称 治療材料券・治療材料費請求明細書

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

再発行 治療材料券・治療材料費請求明細書

地区担当員 取扱担当者

生活保護法治療材料券	交付番号	この件の有効期限		年 月 日まで	車給・修給
	受給者氏名	生年月日 ( 歳)	性別	居住地	
	アース番号	世帯員番号			
	取扱業者	所在地			
種 類			金額		
給付方法	購入・貸与( 月～ 月)・修理(修理方法: )				

治療材料費請求明細書	種 類	数量	単価	金額	摘要
	計				
	半社保負担 (社保区分)		有・無	割	円
半他 法 負 担		有・無	割	円	
半本 人 支 払 額				円	
差 引 請 求 (支 払) 全 額				円	

注 1 本人支払額は物品納入と同時に徴収してください。 注 2 治療材料費は福祉事務所へ請求してください。

印 請求者氏名 及び住所

指示番号

口座振替申出表示	
金融機関名	
支 店	
ふりがな	
口座名義	
預金の種類	
口座番号	

QRコード・バーコード

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	面接相談・保護変更	帳票名称	収入申告書
----	----------------------	-----------	------	-------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
			オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	宛先自治体名称	○		・福祉事務所名または自治体名	
3	宛先役職名	○			
4	宛先者氏名	○			
5	敬称	○		・パラメタなどにより初期設定が行える	
6	申請者住所	○		・住所、方書を設定する ・住所出力が選択された場合のみ、印字	
7	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する	
8	ケース番号		○		
9	担当員	○			

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	面接相談・保護変更	帳票名称	収入申告書
----	----------------------	-----------	------	-------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

(表 面)

収 入 申 告 書

宛先自治体名称

年 月 日

宛先役職名

宛先者氏名

敬称

申請者住所

氏名

私の世帯の総収入は、下記のとおり相違ありません。

1 働いて得た収入

働いている者の名前	仕事の内容 勤め先(会)	区 分	当月分 (見込額)	前 3 か 月 分		
				( ) 月分	( ) 月分	( ) 月分
		収 入				
		必要経費①				
		就 労 日 数				
		収 入				
		必要経費②				
		就 労 日 数				
		収 入				
		必要経費③				
		就 労 日 数				
必要経費 (前月分)	①					
	②					
	③					

2 恩給・年金等による収入（受けているものを○で囲んで下さい。）

有・無	国民年金、厚生年金、恩給、児童手当、児童扶養手当、特別児童扶養手当、雇用保険、傷病手当金、その他（ ）	収入	月額 年額	円 円
-----	---	----	----------	--------

3 仕送りによる収入（前3か月間の合計を記入して下さい。）

有・無		内 容	仕送りした者の氏名
無	現物による収入	米、野菜、魚介 (もらったものを○で囲んで下さい。)	

(記入にあたっては裏面の記入上の注意をよくお読み下さい。)

QRコード・バーコード

ケース番号

担当員



帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	面接相談・保護変更	帳票名称	収入申告書
----	----------------------	-----------	------	-------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

(裏面)

4 その他の収入（前3か月間の合計を記入して下さい。）

	内 容	収 入
有 ・ 無	生命保険等の給付金	円
	財 産 収 入 (土地、家屋の賃貸料等)	円
	そ の 他	円

5 その他将来において見込みのある収入（上記1～4に記入したものを除く。）

	内 容	収入見込額
有 ・ 無		円

6 働いて得た収入がない者（義務教育終了前の者は記入する必要はありません。）

氏 名	働いて得た収入のない理由

(記入上の注意)

- (1) この申告書は、保護を受けようとする者が記入して下さい。
- (2) 「1 働いて得た収入」は、給与、日雇、内職、農業、事業等による収入の種類ごとに記入して下さい。
- (3) 農業収入については、前1年間の総収入のみを当月分の欄に記入して下さい。
- (4) 必要経費欄には収入を得るために必要な交通費、材料代、仕入代、社会保険料等の経費の総額を記入して下さい。
- (5) 2～5の収入は、その有無について○で囲んで下さい。有を○で囲んだ収入については、その右欄にも記入して下さい。
- (6) 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- (7) 収入のうち証明書等の取れるもの（例えば勤務先の給与証明書等、各種保険支払通知書等）は、この申告書に必ず添付して下さい。
- (8) 不実の申告をして不正に保護を受けた場合、生活保護法第85条又は刑法の規定によって処罰されることがあります。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	ケースワーク	就労・自立支援	帳票名称	被保護者就労準備支援シート【計画書】
----	--------	---------	------	--------------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		印字編集条件など	論点
			オプション			
1	様式番号	○				
2	担当者	○				
3	作成日	○			・和暦表記	
4	事務所	○				
5	氏名	○				
6	ふりがな氏名	○				
7	性別	○			・選択された性別を印字もしくは、選択された性別を編集した内容を印字する	
8	生年月日	○			・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
9	年齢	○				
10	職歴	○				
11	就労に対する本人の意向	○				
12	最終的な目標設定及び支援方針	○				
13	支援開始時の本人の状況と課題①日常生活自立	○				
14	支援開始時の本人の状況と課題②社会生活自立	○				
15	支援開始時の本人の状況と課題③就労自立	○				
16	①日常生活自立 長期目標	○				
17	①日常生活自立 短期目標	○				
18	①日常生活自立 期間	○			・和暦表記	
19	①日常生活自立 支援内容	○				
20	①日常生活自立 備考	○				
21	②社会生活自立 長期目標	○				
22	②社会生活自立 短期目標	○				
23	②社会生活自立 期間	○			・和暦表記	
24	②社会生活自立 支援内容	○				
25	②社会生活自立 備考	○				
26	③就労自立 長期目標	○				
27	③就労自立 短期目標	○				
28	③就労自立 期間	○			・和暦表記	
29	③就労自立 支援内容	○				
30	③就労自立 備考	○				

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	ケースワーク	就労・自立支援	帳票名称	被保護者就労準備支援シート【計画】
----	--------	---------	------	-------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で困った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

**様式番号**

被保護者就労準備支援シート【計画書】

作成日	
事務所	
担当者	

氏名(ふりがな)	
性別	
生年月日	(      歳)
職歴	
就労に対する本人の意向	

本人が希望する就労内容 ※本人記載欄

最終的な目標設定及び支援方針 ※本人と担当者で調整の上

支援開始時の本人の状況と課題
①日常生活自立:
②社会生活自立:
③就労自立:

	長期目標	短期目標	期間	支援内容	備考
① 日 常 生 活 自 立					
② 社 会 生 活 自 立					
③ 就 労 自 立					

本人同意欄	
-------	--

※計画内容については、月次の評価により、適宜見直しを行う。

**【留意事項】**

- ①所定の作業日、作業時間に、作業に従事するか否かは、対象者の自由であること。また、所定の作業量について、所定の量を行うか否かについても、対象者の自由であること。
- ②作業時間の延長や、作業日以外の日における作業指示は行われないこと。
- ③所定の作業時間内における受注量増加等に応じた、能率を上げるための作業の強制が行われないこと。
- ④欠席・遅延・早退に対する手当の減額制裁がないこと。(実作業時間に応じた手当を支給する場合においては、作業しなかった時間分以上の減額をすることがないこと)。
- ⑤作業量の割当、作業時間の指定、作業の遂行に関する指揮命令違反に対する手当等の減額等の制裁がないこと。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	ケースワーク	就労・自立支援	帳票名称	被保護者就労準備支援シート【評価】
----	--------	---------	------	-------------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
			オプション	印字編集条件	
1	様式番号	○			
2	作成日	○			・和暦表記
3	事務所	○			・福祉事務所名または自治体名
4	担当者	○			
5	氏名	○			
6	ふりがな氏名	○			
7	性別	○			・選択された性別を印字もしくは、選択された性別を編集した内容を印字する
8	生年月日	○			・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記
9	年齢	○			
10	支援実施期間・支援の内容	○			・支援の内容を、1か月ごとに複数印字する ・1ページで収まらない場合は、次ページ
11	支援開始月日	○			・和暦表記
12	支援終了月日	○			・和暦表記
13	開始時間	○			
14	終了時間	○			
15	社会参加活動等の内容	○			
16	就労体験の内容	○			
17	就労に付随する講習等の内容	○			



帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	進学準備給付金	帳票名称	進学準備給付金支給(不支給)決定通知書
----	----------------------	---------	------	---------------------

No.	システム印字項目		たたき台		印字編集条件など	論点
		必須		オプション		
1	様式番号	○				
2	郵便カスタムバーコード	○				
3	宛先郵便番号	○				
4	宛先住所	○			・住所、方書を設定する	
5	宛先氏名	○				
6	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える	
7	文書番号	○			・マスタ管理した、もしくはフリー入力した文書番号を設定	
8	発行年月日	○			・和暦表記	
9	発行自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
10	発行役職名	○				
11	発行者氏名	○				
12	電子公印	○				
13	通知文	○			・下記条件により設定された通知文を印字する ①生活保護法による保護または生活保護法に準じた措置 ※申請年月日を含める ・受給者に支給する金額	
14	支給額	○			・当項目を印字する場合は「通学区分」の文言を印字する ・「支給(自宅)」・「支給(自宅外)」・「不支給」のうち該当する区分を	
15	通学区分		○		・不支給の理由	
16	不支給の理由	○				
17	支給方法	○				
18	(控)の文言		○		・「控」を出力する場合、帳票タイトルの末尾に「(控)」の文言を印字する	
19	遅延理由	○				
20	教示文	○			・教示文ありを選択した場合のみ、文言を印字する	

# 帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	進学準備給付金	帳票名称	進学準備給付金支給（不支給）決定 通知書
----	----------------------	---------	------	-------------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

## 帳票レイアウト検討案

球式番号

宛先郵便番号

宛先住所

宛先氏名

郵便カスタマーバーコード

敬称

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

文書番号

発行年月日

印

# 進学準備給付金支給（不支給）決定通知書（控）

通知文

記

- 支給の可否
- 支給
  - 不支給

- 進学準備給付金を支給する場合、支給額、支給日、支給方法、通学区分
- 支給額 円  
支給日 年 月 日  
支給方法  
通学区分

- 不支給の場合、その理由

- この決定通知書が申請書受理後14日を経過した理由

(備考)

- この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- 上記（1）の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定の取消しの訴えを提起することができます（なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日（行政不服審査法（平成26年法律第68号）第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあっては、当該不備を補正した日）の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 進学準備給付金は、所得税や個人住民税は課されず、国税や地方税の滞納処分による差押えは禁止されています。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護開始の要否判定 及び処分	帳票名称	生活保護費支給明細書
----	----------------------	-------------------	------	------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
			オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	支給タイミング	○			
3	支給年月日	○			
4	発行年月日		○		・和暦表記
5	関係機関コード範囲指定 (From~To)		○		・和暦表記
6	ケース番号範囲指定 (From~To)		○		
7	支給場所	○			・口座支払いの場合は銀行支店名を表示する ・支払場所ごとに改ページする
8	支給方法		○		
9	頁		○		
10	支給先情報	○			・複数行印字する ・スペースが足りない場合は、次ページ以降に印字する
11	口座番号	○			・銀行振込の場合は印字する ・一部アスタリスクを表示できる
12	ケース番号	○			
13	被保護者世帯氏名	○			
14	生活扶助費	○			
15	住宅扶助費	○			
16	教育扶助費	○			
17	生業扶助費	○			
18	期末一時扶助	○			
19	紙おむつ代	○			
20	生活移送費	○			
21	医療移送費	○			
22	住宅一時扶助	○			
23	その他一時扶助	○			
24	小計	○			・上記以外の一時扶助の合計支給額 ・支給場所別の小計
25	支給額合計	○			
26	合計	○			・「(金 円也)」の部分に印字する



### 帳票詳細要件 生活保護システム

<b>業務</b>	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護開始の要否判定 及び処分	帳票名称	生活保護費支給明細書
-----------	----------------------	-------------------	------	------------

凡例  
 黒字：必須項目    青字：オプション項目    枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プル印字ではない）

#### 帳票レイアウト検討案

帳票番号
生活保護システム
年度
月

地区(町 村)		月分生活保護費支給明細書 (金額 外 名簿)												印		
口座番号	コース番号	世帯番号	生活扶助	住宅扶助	教育扶助	生業扶助	職未一時的給	家おむつ	移送費(生)	移送費(寓)	住宅一時的給	その他一時的給	合計	支給月日	記帳額	備考
			円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
														月 日		
		小計														

- 1 学校長渡しの教育費については学校別にこの様式に準じた明細書を作成すること。
- 2 使用の際、規格は、日本標準規格A4とし、氏名欄は20個設けること。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適)	帳票名称	生活保護法介護券
----	------	---------------------	------	----------

No.	システム印字項目		たたき台		印字編集条件など	論点
		必須	オプション			
1	様式番号	○				
2	再発行の文言	○			・帳票を再発行する場合、左上部分に「再発行」の文言を印字できること	
3	介護対象年月	○			・和暦表記	
4	公費負担者番号	○				
5	有効期間開始日	○				
6	有効期間終了日	○				
7	受給者番号	○				
8	単独・併用	○			・該当区分を印字する	
9	保険者番号	○				
10	被保険者番号	○				
11	交付番号	○				
12	氏名カナ	○			・半角カナで印字すること	
13	氏名	○				
14	性別	○			・該当区分を印字する	
15	生年月日	○			・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
16	要介護状態等区分	○			・該当区分を印字する	
17	認定有効開始日	○			・和暦表記	
18	認定有効終了日	○			・和暦表記	
19	居住地	○			・郵便番号、住所、方書を設定する	
20	事業所番号1	○			・指定居宅介護支援事業者・指定介護予防支事業者・地域包括支援センター名に印字する	
21	関連介護機関名	○				
22	事業所番号 2	○			・指定介護機関名に印字する	
23	指定介護機関名	○				
24	居宅介護介護予防	○			・該当区分を印字する	
25	施設介護	○			・該当区分を印字する	
26	居宅介護支援・介護予防支援	○			・該当区分を印字する	
27	取消線		○		・「居宅介護介護予防」、「施設介護」、「居宅介護支援」、「介護予防支援」のうち、使用しない支援に取消線を印字する	
28	本人支払額	○				
29	地区担当員	○				
30	取扱担当者	○				
31	発行自治体名称	○				
32	発行役職名	○				
33	発行者氏名	○				
34	電子公印	○				
35	介護保険あり記号	○			・介護保険がある場合、○を印字する	
36	介護保険なし記号	○			・介護保険がない場合、○を印字する	
37	その他	○				
38	ケース番号		○			
39	世帯員番号		○			
40	備考	○			・他法情報の登録がある場合、備考欄に登録されている全ての他法情報を印字する。	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適)	帳票名称	生活保護法介護券
----	------	---------------------	------	----------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">様式番号</div>		生活保護法介護券（ 年 月分）	
再発行			
公費負担者番号		有効期間	日から 日まで
受給者番号		単独・併用別	単 独 ・ 併 用
保険者番号		被保険者番号	
交付番号			
(フリガナ)		生年月日	性別
氏 名			
要介護状態等区分			
認定有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	
居 住 地			
指定居宅介護支援事業者・指定介護予防支援事業者・地域包括支援センター名	事業所番号		
指定介護機関名	事業所番号		
居 宅 介 護 支 援 介 護 予 防 支 援 生 活 支 援	居 宅 介 護 支 援 介 護 予 防 支 援 介 護 予 防 支 援 介 護 予 防 支 援		
	施 設 介 護		
	居 宅 介 護 支 援 介 護 予 防 支 援 介 護 予 防 支 援 介 護 予 防 支 援		
	本人支払額	円	
地区担当員名	取扱担当者名		
	発行自治体名称	発行役職名	発行者氏名
			印
備 考	介 護 保 険	あ	り
	そ の 他	な	し

備考 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。

ケース番号

世帯員番号

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称	精神疾患入院要否意見書
----	------	------------	------	-------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		印字編集条件など	論点
				オプション		
1	様式番号	○				
2	要否意見書発行番号	○				
3	新規入院・継続入院	○			・「新規（現在入院中）」、「新規（その他）」、「継続入院」のうち該当する区分を印字する	
4	地区		○			
5	単給・併給		○		・該当区分を印字する	
6	生年月日	○			・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
7	居住地	○			・郵便番号、住所、方書を設定する	
8	患者氏名カナ	○			・半角カナで印字すること	
9	患者氏名	○				
10	医療の開始年月日		○		・和暦表記 ・入院の開始日を印字する	
11	性別	○			・該当区分を印字する	
12	年齢	○				
13	作成年月日	○			・和暦表記	
14	医療機関コード	○				
15	医療機関名	○				
16	敬称1	○			・パラメタなどにより初期設定が行える ・帳票左上部に印字する	
17	自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
18	役職名	○				
19	氏名	○				
20	電子公印	○				
21	宛先自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
22	宛先役職名	○				
23	宛先者氏名	○				
24	敬称2	○			・パラメタなどにより初期設定が行える ・帳票右下部に印字する	
25	要否意見回答年月日	○			・和暦表記 ・元号 年 月 日 文言のみ印字する	
26	地区担当員名	○				
27	発行取扱者名	○				
28	QRコード・バーコード	○			・QRコードまたはバーコードを印字する	
29	ケース番号		○			
30	世帯員番号		○			

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称	精神疾患入院要否意見書
----	------	------------	------	-------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

<p>様式番号</p> <p>精神疾患入院要否意見書</p> <p>要否意見書発行番号 ケース番号 世帯員番号</p>	
<p>※ 地区： 市区・併結 生年月日</p> <p>※ ※ 居住地： (フリガナ) ( 年 月 日以降の) (患者氏名) (性別) (満 歳) に係る医療の要否について意見を求めます。 作成年月日</p> <p>医療機関コード 医療機関名 敬称 自治体名称 役職名 氏名 印</p>	<p>※ 受理年月日 年 月 日</p>
<p>※ ※ 患者の職業</p>	<p>※ ※ 発病年月日 年 月 日</p>
<p>現在の入院形態</p>	<p>当院入院年月日 年 月 日 (入院形態) ( )</p>
<p>病 名</p>	<p>1 主たる精神障害 2 従たる精神障害 3 身体合併症</p>
<p>※ ※ 生活歴及び現病歴  〔精神科又は神経科受診歴等を含め記載すること。〕</p>	<p>(陳述者氏名 続柄 )</p>
<p>初 回 入 院 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日</p> <p>前 回 入 院 期 間 年 月 日 ～ 年 月 日</p>	
<p>初 回 から 前 回 までの 入 院 回 数</p>	<p>計 回</p>
<p>過去6か月間の病状又は状態像の変化の概要</p>	<p>I 悪化傾向 II 動揺傾向 III 不変 IV 改善傾向 〔特記事項〕</p>
<p>過去6か月間の外治の実績</p>	<p>I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし</p>
<p>現在の外出許可の状況</p>	<p>I 外出禁止 II 院内外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴) III 院外外出許可(1単独 2他の患者同伴 3看護者、家族等同伴)</p>

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称	精神疾患入院要否意見書
----	------	------------	------	-------------

凡例  
 黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で困った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

現在の病状又は状態像	I 抑うつ状態 1抑うつ気分 2内的不穏 3無機・激越 4精神運動抑制 5罪責感 6自殺念慮 7睡眠障害 8食欲障害又は体重減少 9 その他( ) II 躁状態 1高揚気分 2多弁・多動 3行為心迫 4思考奔逸 5易怒性・被刺 激性亢進 6誇大性 7その他( ) III 幻覚妄想状態 1幻覚 2妄想 3させられ体験 4思考形式の障害 5奇異な行為 6その他( ) IV 精神運動興奮状態 1減衰思考 2硬い表情・姿勢 3興奮状態 4その他( ) V 昏迷状態 1無言 2無動・無反応 3拒絶・拒食 4その他( ) VI 意識障害 1意識混濁 2(夜間)せん妄 3もうろう 4その他( ) VII 知能障害 A精神遅滞 1軽度 2中等度 3重度 B認知症 1全体的 2まだら(島状) 3仮性 4その他( ) VIII 人格の病的状態 A人格障害 1妄想性 2衝動性 3演技性 4回避性 5その他( ) B残遺性人格変化 1欠陥状態 2無関心 3無為 4その他( ) IX その他 A性心理的障害 1フェティシズム 2サド・マゾヒズム 3小児愛 4その他( ) B薬物依存 1覚醒剤 2有機溶剤 3睡眠薬 4その他( ) Cアルコール症 Dその他( )	※地区担当員名
入院外医療が困難な理由	I 医療上の問題 1問題行動( ) 2病状不安定 3身体的合併症管理 4服薬管理 5その他( ) II その他の問題 1家族の受入が困難 2日常生活に指導を要する 3住居確保が困難 4その他( )	※発行取扱者
医学的総合判定		概算医療費
判定	見込期間	1 今回診療日以降1カ月間
1 要入院医療……………( )		2 第2カ月目以降6カ月目まで
2 要入院外医療……………( )		円
3 医療不要		円
上記のとおり診療を(1要する 2要しない)ものと認めます。		
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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		
指定医療機関の所在地及び名称		
院(所)長(担当医師)		
1.承認 2.不承認 3.本庁協議 (詳細意見)		
※福祉事務所嘱託医の意見		
※本庁技術吏員の意見		
※審議会の判定		

QRコード・バーコード

## 帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称	精神疾患入院要否意見書
----	------	------------	------	-------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

### 帳票レイアウト検討案

(注意)

- 1 空印の欄は福祉事務所が記入します。
- 2 空印の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。
- 3 この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取扱いは裏面によって下さい。
- 4 概算医療費については、診療開始後6か月に限り、「概算医療費」欄の「1 今回診療日以降1か月間」にこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を「2 第2か月日以降6か月目まで」に、1か月を超えて診療を必要と認めるものについて、第2か月日以降6か月目までに要する医療費概算額を記入して下さい。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	病状調査及び指導	帳票名称	長期入院患者に係る診療報酬請求書
----	------	----------	------	------------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
				オプション	
1	様式番号	○			
2	診療年月	○			・和暦表記
3	公費負担者番号	○			
4	有効期間開始日	○			
5	有効期間終了日	○			
6	療養対象日数		○		・当項目を印字する場合は、「日間」の文言を印字する
7	受給者番号	○			
8	単独・併用	○			・該当区分を印字する
9	氏名1	○			・受給者番号欄の一段下の氏名欄に印字する
10	性別	○			・該当区分を印字する
11	生年月日	○			・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記
12	居住地	○			・郵便番号、住所、方書を設定する
13	氏名2	○			・請求欄に印字する
14	請求年月日	○			・和暦表記 ・元号 年 月 日の文言のみ印字する
15	宛先自治体名称	○			
16	宛先役職名	○			
17	宛先者氏名	○			
18	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える
19	QRコード・バーコード	○			・QRコードまたはバーコードを印字する
20	ケース番号		○		
21	世帯員番号		○		
22	地区担当員	○			



帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	病状調査及び指導	帳票名称	長期入院患者に係る診療報酬請求書
----	------	----------	------	------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

長期入院患者に係る診療報酬請求書（ 年 月分）

公費負担者番号					有効期間	日から 日まで 療養対象日数日間	
受給者番号					単独・併用別	単独・併用	
氏名						(性別)	生年月日
居住地							
① 基準となる入院基本料等	② 保険外併用療養費（保険給付対象部分）	③ 特別料金分 (①-②の範囲内)	④ 本人支払額	⑤ 差引請求額 (③-④)			
円	円	円	円	円	円		

・入院基本料等の基本点数（以下「基本点数」という。）×入院日数×10円＝①

・〔基本点数－（基本点数×控除率）〕×入院日数×10円＝②  
小数点以下第一位を四捨五入

※ 控除率は、平成14年度は5%、15年度は10%、16年度以降は15%となる。

（氏名） \_\_\_\_\_ に係る上記による診療報酬を請求します。

元号 年 月 日  
 宛先自治体名称 宛先役職名  
 宛先者氏名 敬称

住 所  
 病 院 長

備考 この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとする。

ケース番号 世帯員番号 地区担当員

QRコード・バーコード

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適用外)	帳票名称	適用除外施設入所者情報連絡票
----	------	-----------------------	------	----------------

No.	たたき台				
	システム印字項目	実装すべき項目	実装してもしなくても良い項目	印字編集条件	論点
1	様式番号	○			
2	区分		○	・保護決定から出力する場合、「異動分」と印字する	
3	対象年月日		○	・和暦表記 ・指定した年月日を印字する	
4	適用除外施設名	○			
5	適用除外施設種類	○			
6	適用除外施設所在地	○			
7	適用除外施設電話番号	○			
8	氏名	○		・1ページで収まらない場合は次ページ以降に印字する	
9	生年月日	○		・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
10	性別	○		・該当区分を印字する	
11	住所	○		・郵便番号、住所、方書を設定する	
12	情報提供の理由	○		・適用除外施設への入所・退所・転入時は、それぞれ「入所・退所・転入」を印字する。 ・適用除外施設入所者が65歳到達時には、「65歳」を印字する。	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適用外)	帳票名称	適用除外施設入所者情報連絡票
----	------	-----------------------	------	----------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

証式番号 異動分

適用除外施設入所者情報連絡票 (対象年月 年 月 日現在)

⑤適用除外施設の名称	⑦適用除外施設の種類
⑥適用除外施設の所在地	電話番号

①氏名	②生年月日	③性別	④住所	⑧情報提供理由 発生年月日	⑨情報提供 の理由※

※欄の記入例：施設入所、施設退所、転入、65歳到達

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適)	帳票名称	被保護者異動連絡票 (指定居宅介護支援事業者用)
----	------	---------------------	------	--------------------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		印字編集条件など	論点
				オプション		
1	様式番号	○				
2	郵便番号	○				
3	宛名住所	○			・住所、方書を設定	
4	宛名氏名	○				
5	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える	
6	郵便カスタマバーコード	○				
7	宛名欄備考情報		○			
8	文書番号	○			・マスタ管理した、もしくはフリー入力した文書番号を設定	
9	発行年月日	○			・和暦表記	
10	発行自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
11	発行役職名	○				
12	発行者氏名	○				
13	対象年月	○			・和暦表記	
14	現頁		○			
15	被保険者番号	○				
16	氏名	○				
17	年齢	○				
18	住所	○			・郵便番号、住所、方書を設定する	
19	新規・継続の別	○			・該当区分を印字する	
20	中止事由の異動内容	○			・該当区分を印字する	
21	異動年月日	○			・和暦表記	
22	備考	○				
23	支援事業者番号	○				

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適)	帳票名称	被保護者異動連絡票 (指定居宅介護支援事業者用)
----	------	---------------------	------	--------------------------

凡例  
 黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称 (プレ印字ではない)

帳票レイアウト検討案

様式番号	文書番号
郵便番号	発行年月日
宛名住所	
宛先氏名	敬称
宛先関係者情報	発行自治体名称
郵便カスタマバーコード	発行役職名
	発行者氏名

被保護者異動連絡表の送付について

別紙「被保護者異動連絡先」に掲げる方は、生活保護法による介護扶助を受給中または申請中の方で貴事業所に委託サービス計画の作成を依頼中または依頼される予定の方です。

これらの方の居宅サービス計画の作成に当たっては、生活保護法の趣旨並びに介護扶助の介護の方針及び介護の報酬を踏まえて作成いただくとともに、毎月の居宅サービス計画を作成したとき及び中途で変更したときには、その都度、居宅サービス計画の写しを当福祉事務所あて送付いただきますようお願いいたします。

なお、当福祉事務所が貴事業者から居宅サービス計画の写しの交付を受けることについては、別紙のとおり本人の同意を得ております。

別紙

被保護者異動連絡表

氏名	年齢	住所	被保険者番号	新規、継続の別	福祉事務所		備考
					中止事由の異動内容等	異動年月日	

支援事業者番号

(注) 滞留の中止事由に該当する方については、今後居宅サービス計画の写しの送付は不要です。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適)	帳票名称	被保護者情報連絡表（保険者用）
----	------	---------------------	------	-----------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		印字編集条件など	論点
				オプション		
1	様式番号	○				
2	対象年度	○			・和暦表記	
3	介護保険者名	○				
4	発行年月日	○			・和暦表記 ・発行年月日または指定年月日を印字する	
5	番号	○			・ケース番号と通し番号の選択可能 ・選択した番号体系を印字する ・1ページで収まらない場合は次ページ以降に印字する	
6	氏名	○				
7	住所	○			・郵便番号、住所、方書を設定する	
8	生年月日	○			・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
9	年齢	○				
10	被保険者番号	○				
11	保護開始、停止、廃止年月日	○			・和暦表記	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適)	帳票名称	被保護者情報連絡表 (保険者用)
----	------	---------------------	------	------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称 (プレ印字ではない)

帳票レイアウト検討案

様式番号

被保護者情報連絡表 (保険者用)

対象年度

介護保険者名

(発行年月日 現在)

番号	氏名	住所	生年月日	年齢	被保険者番号※	保護開始、停止 廃止年月日 ※	備考

- (注) 1 4月1日現在の被保護者のうち65歳以上の者及び当該年度において65歳に到達する者を記入する。  
 2 ※は市町村記入欄。  
 3 「保護開始、停止、廃止年月日」欄は、4月以降の保護の実施機関からの連絡に基づき市町村が記入するための欄。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	扶養能力調査	帳票名称	扶養義務調査依頼書
----	----------------------	--------	------	-----------

No.	システム印字項目	たたき台		印字編集条件など	論点
		必須	オプション		
1	様式番号	○			
2	郵便番号	○			
3	宛名住所	○		・住所、方書を設定する	
4	宛名氏名	○			
5	敬称	○		・パラメタなどにより設定が行える	
6	郵便カスタマバーコード	○			
7	宛名欄備考情報		○		
8	文書番号	○		・マスタ管理した、もしくはフリー入力した文書番号を設定	
9	発行年月日	○		・和暦表記	
10	発行自治体名称			・福祉事務所名または自治体名	
11	発行役職名	○			
12	発行者氏名	○			
13	電子公印	○			
14	続柄	○		・扶養義務者から見た要(被)保護者に対する続柄を設定	
15	要(被)保護者氏名1	○		・扶養義務者に対する要(被)保護者の氏名を設定 ・導入文の部分に印字する	
16	回答期限	○		・和暦表記	
17	要(被)保護者住所	○		・郵便番号、住所、方書を設定する	
18	要(被)保護者氏名2		○	・扶養義務者に対する要(被)保護者の氏名を設定 ・導入文の下部に印字する	
19	頁		○	・一括で帳票を出力する場合は、「文書記号番号」とは別に、各帳票固有の「頁」を印字する	
20	問い合わせ先の先役所名		○	・マスタ管理している問合せ先情報を設	
21	問い合わせ先の所属係		○	・マスタ管理している問合せ先情報を設	
22	担当者	○			
23	問い合わせ先の電話		○	・マスタ管理している問合せ先情報を設	



帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	扶養能力調査	帳票名称	扶養義務調査依頼書
----	----------------------	--------	------	-----------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号							
郵便番号						文書番号	
宛名住所						発行年月日	
宛名氏名	敬称						
		宛名欄備考情報					
郵便カスタマーバーコード			発行自治体名称	発行役職名		印	
				発行者氏名			

生活保護法による保護の決定に伴う扶養義務について(照会)

あなたの 続柄 にあたる 要(被)保護者氏名 さんは生活保護法による保護を申請して（受けて）いますが、生活保護法では民法に定められた扶養義務者による扶養は生活保護に優先して行われるものとされております。

つきましては、保護の決定実施上必要がありますので、あなたからどの程度扶養できるかについて、別紙扶養届書により 年 月 日までにご回答ください。

要(被)保護者

要(被)保護者住所

要(被)保護者氏名

(特記事項)

頁

(参考)

生活保護法第4条 保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力、その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる。

2 民法（明治29年法律第89号）に定める扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助は、すべてこの法律による保護に優先して行われるものとする。

民法第877条 直系血族及び兄弟姉妹は、互いに扶養をする義務がある。

2 家庭裁判所は、特別の事情があるときは、前項に規定する場合のほか、三親等内の家族間においても扶養の義務を負わせることができる。

問い合わせ先 問い合わせ先役職名

問い合わせ先所属係

担当者

問い合わせ先電話

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	扶養能力調査	帳票名称	扶養届書
----	----------------------	--------	------	------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
			オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	宛先自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名
3	宛先役職名	○			
4	宛先者氏名	○			
5	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える
6	照会者氏名1	○			・導入文の部分に印字する
7	電話番号	○			
8	例示金額	○			・「・3000円 ・5000円 ・10000円」の文言の印字を選択した場合のみ印字する
9	氏名 (扶養義務者氏名)	○			・「家族構成、収入等の状況」の「氏名」欄に印字
10	照会者氏名2	○			・「家族構成、収入等の状況」の部分に印字する
11	照会者氏名3	○			・「健康保険等の加入状況」の部分に印字する
12	担当者	○			
13	ケース番号		○		
14	世帯員番号		○		
15	QRコード・バーコード	○			・QRコードまたはバーコードを印字する

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	扶養能力調査	帳票名称	扶養届書
----	----------------------	--------	------	------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

扶 養 届 書

宛先自治体名称 宛先役職名

宛先者氏名 敬称

住所

氏名

先に照会のあった 照会者氏名 に対する扶養について、次のとおり回答します。

1 精神的な支援について

※ 精神的な支援・・・対象者に対する定期的な訪問、電話、手紙のやり取り、一時的な子供の預かりなど金銭的な援助以外の対象者への関わりをいいます。

精神的な支援の可否	可 ・ 不可
支援の開始時期	年 月 から (又は既に行っている)
具体的な支援の内容及び頻度	※緊急連絡先(電話番号 - - )

2 金銭的な援助について

金銭的な援助の可否	可 ・ 不可 (理由: )
援助の開始時期	年 月 から (又は既に行っている)
援助の方法・程度	①金銭により毎月(年) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">額示金額</span> 円を送付します。 ②物品により毎月(年) を 程度送付します。 ③氏名 を引き取って扶養します。 ④その他

3 私の世帯について

(1) 家族構成・収入等の状況

氏 名	続柄	生年月日	職 業	勤 務 先	平均月収額
	本人				円

上記のうち 照会者氏名 についての

①税法上の扶養控除を受けている者の氏名

②会社等から家族手当を受けているものの氏名及び月額 ( 円)

(2) 資産の状況	有・無	①家屋 m <sup>2</sup> (坪)	②宅地 m <sup>2</sup> (坪)
		③田畑 m <sup>2</sup> (坪)	④山林等 m <sup>2</sup> (坪)

(3) 負債の状況	有・無	負債の内容	返済月(年)額	返済の終了予定
		住宅ローン	円	
		その他( )		

(4) 健康保険等の加入状況 ①国民健康保険 ②健康保険 ③共済( ) ④その他( )

上記で①以外に加入している場合 照会者氏名 については被扶養者として

①認定されている ②認定されていない ③認定手続を取るつもり

ケース番号

世帯員番号

担当者

(記入上の注意)

- 1 該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください
- 2 平均月収額は総収入から所得税、社会保険料、事業経費等を差し引いた額を記入して下さい。
- 3 収入、負債の状況については、源泉徴収票、給与明細書、ローン返済予定表の写しなど、その状況が明らかになる書類を添付してください。

QRコード・バーコード

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護開始の要否判定 及び処分	帳票名称	保護決定通知書
----	----------------------	-------------------	------	---------

No.	システム印字項目	たたき台			印字編集条件など	論点
		必須	オプション			
1	様式番号	○				
2	宛先郵便番号	○				
3	宛先住所	○			・住所、方書を設定する	
4	宛先氏名	○				
5	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える	
6	郵便カスタマバーコード	○				
7	文書番号	○			・マスタ管理、もしくはフリー入力した文書番号を設定	
8	発行年月日	○			・和暦表記	
9	発行自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
10	発行役職名	○				
11	発行者氏名	○				
12	電子公印	○				
13	通知文	○			・下記案件により設定された通知文を印字する ①生活保護法による保護または生活保護法に準じた措置 ②申請による保護または申請によらない保護※申請による保護の場合、申請の受理年月日を含める ・保護開始に該当する場合は、「開始」を印字する ・保護変更に対応する場合は、「変更」を印字する	
14	決定内容	○			・和暦表記	
15	認定年月日	○			・保護を決定した理由（決定通知が申請受理後14日を経過した理由、収入充当の内容、額、充当先等を含む）について、選択された定型文を印字もしくは、選択された定型文を編集した内容を印字する。  ・複数行印字し、1ページで収まらない場合は次ページ以降に印字する  ※決定理由欄の印字例 厚労 太郎さんの就労収入の変更 厚労 太郎さんの必要経費の変更 (収入認定額：75,000円 → 80,000円) 【この決定通知が申請受理後14日を経過した理由】 具体的な遅延理由  10月分保護費の過支給分を収入充当 (充当内訳：11月 5,000円) 厚労 太郎さんの就労収入の変更 厚労 太郎さんの必要経費の変更 追給額は定例支給額に合わせて支給します。	
16	決定した理由	○				
17	生活扶助費	○			・収入充当後の実際の支給額を印字する	
18	住宅扶助費	○			・収入充当後の実際の支給額を印字する	
19	教育扶助費	○			・収入充当後の実際の支給額を印字する	
20	保護の種類	○			・保護の種類を左詰めで印字する ・「生活扶助」、「住宅扶助」、「教育扶助」は固定とし4つ目以降に「介護扶助」、「医療扶助」、「生業扶助」の順に印字する ・「介護扶助」、「医療扶助」、「生業扶助」すべてがある場合、5つ目は「その他」とする	
21	保護の金額	○			・保護の金額（収入充当後の実際の支給額）を左詰めで印字する ・印字順は保護の種類と同様 ・保護の種類に「その他」を印字する場合は、「医療扶助」、「生業扶助」の合計額を印字する	
22	合計(a)	○				
23	一時扶助の種類	○			・一時扶助の種類を左詰めで印字する ・一次扶助の種類が4つ以上ある場合、1番右の欄は「その他」を印字する	
24	一時扶助費	○			・該当する一時扶助を印字する ・印字順は保護の種類と同様 ・一次扶助の種類に「その他」を印字する場合は、4つ目以降の合計額を印字する	
25	一時扶助の支給区分	○			・該当一時扶助が本人払いではなく、業者払の場合、「業者払」を印字する	
26	合計(c=a+b)	○				
27	別途送金額の種類	○			・該当する別途送金額の種類を左詰めで印字する ・代理納付の種類が6つ以上ある場合、5つ目に「その他」と印字する	
28	代理納付金額	○			・印字順は代理納付の種類と同様 ・代理納付の種類に「その他」を印字する場合は、5つ目以降の合計額を印字する	
29	費用徴収額	○				
30	本人支払額	○				
31	支給日	○			・和暦表記	
32	支給方法	○			・該当する支給方法（「口座」、「窓口」、「現金書留」）を「支給方法：XX」と印字する	
33	実際に支払われる金額		○		・当項目を印字する場合は、「及び実際に支払われる金額」の文言と金額を印字する	
34	教示文	○			・教示文ありを選択した場合のみ、文言を印字する	
35	(控)の文言		○		・「控」を出力する場合、帳票タイトルの末尾に「(控)」の文言を印字する	
36	ケース番号		○			
37	担当者	○				

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護開始の要否判定 及び処分	帳票名称	保護決定通知書
----	----------------------	-------------------	------	---------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号		文書番号	
宛先郵便番号		発行年月日	
宛先住所		発行自治体名称	発行役職名
宛先氏名	敬称	発行者氏名	
郵便カスタマーバーコード		印	

保 護 開 始  
変 更 決 定 通 知 書 ( 控 )

通知文  
記

1. 保護の決定内容・認定年月日・決定した理由

決定内容	認定年月日	決定した理由

2. 保護の種類及び程度

種類	生活扶助	住宅扶助	教育扶助	扶助	扶助	合計 (a)
金額	円	円	円	円	円	円
一時扶助 (b)						合計 (c=a+b)
種類						
金額	円	円	円	円	円	円
支給区分						円
Cの金額のうち別途送金額 (福祉事務所から関係機関へ代理納付した金額、または、法第77条の2に基づく費用徴収額)		円	円	円	円	費用徴収額 円
あなたが支払う金額 ※医療機関へ支払う場合は、10円未満切り捨てとなります						
本人支払額						円

3. 支給日、支給方法及び実際に支払われる金額

(備考)

- (1) この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります）。
- (2) 上記(1)の審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定の取消しの訴えを提起することができます（なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります）。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日（行政不服審査法（平成26年法律第68号）第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあっては、当該不備を補正した日）の翌日から起算して50日（50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日）を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- (3) 扶助金を受取る際にはこの通知書と印鑑が必要ですから忘れないように持参して下さい。

ケース番号	担当者
-------	-----

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護開始の要否判定 及び処分	帳票名称	保護申請却下通知書
----	----------------------	-------------------	------	-----------

No.	システム印字項目		たたき台		論点
		必須	オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	<input type="radio"/>			
2	文書番号	<input type="radio"/>		・マスタ管理している、またはフリー入力した文書番号を設定	
3	発行年月日	<input type="radio"/>		・和暦表記	
4	郵便カスタマバコード	<input type="radio"/>			
5	宛先郵便番号	<input type="radio"/>			
6	宛先住所	<input type="radio"/>		・住所、方書を設定する	
7	宛先氏名	<input type="radio"/>			
8	敬称	<input type="radio"/>		・パラメタなどにより初期設定が行える	
9	発行自治体名称	<input type="radio"/>		・福祉事務所名または自治体名	
10	発行役職名	<input type="radio"/>			
11	発行者氏名	<input type="radio"/>			
12	電子公印	<input type="radio"/>			
13	保護申請日1	<input type="radio"/>		・和暦表記	
14	却下の理由1	<input type="radio"/>		・認定結果が却下となった理由 ・外国人の場合は、以下の文言が表示される。「本件申請は、生活保護法第1条に規定する「国民」による申請ではないため、生活保護の要件を満たさない。」	
15	決定遅延理由	<input type="radio"/>		・決定が遅延した理由 ・和暦表記	
16	保護申請日2	<input type="radio"/>		・通知書の宛先が日本人の場合、印字しない ・「受理日1」と同じ日付を出力する ・通知書の宛先が外国人の場合、2枚目へ出力する	
17	却下の理由2	<input type="radio"/>		・認定結果が却下となった理由 ・通知書の宛先が日本人の場合、印字しない ・通知書の宛先が外国人の場合、2枚目へ出力する	
18	(控)の文言		<input type="radio"/>	・画面で入力した内容を印字する ・「控」を出力する場合、帳票タイトルに「(控)」の文言を印字する	
19	教示文	<input type="radio"/>		・教示文ありを選択した場合のみ、文言を印字する	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護開始の要否判定 及び処分	帳票名称	保護申請却下通知書
----	----------------------	-------------------	------	-----------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

文書番号				
発行年月日				
宛先郵便番号	発行自治体名称	発行役職名		
宛先住所				発行者氏名
宛先氏名	敬称			印
郵便カスタマーバーコード				
<p>保護申請却下通知書（控）</p> <p style="margin-left: 40px;">保護申請日 付で申請された生活保護法による保護については、下記の理由で保護できないから却下します。</p> <p style="margin-left: 40px;">なお、この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。また、この審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として（訴訟において市を代表する者は市長となります。）この決定の取消しの訴えを提起することができます（なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日(行政不服審査法（平成26年法律第68号）第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあっては、当該不備を補正した日）の翌日から起算して50日（50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日）を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1 却下の理由</p> <p>2 この通知が申請書受理後14日を経過した事由</p>				

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護開始の要否判定 及び処分	帳票名称	保護申請却下通知書
----	----------------------	-------------------	------	-----------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

(別紙)

保護申請日 付けで申請された「生活に困窮する外国人に対する生活保護の措置について」（昭和29年5月8日社発第382号厚生省社会局長通知）に基づく生活保護の措置については、以下の理由で保護できないから却下します。

(却下の理由)



帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護停止・廃止	帳票名称	保護廃止(停止)通知書
----	----------------------	---------	------	-------------

No.	システム印字項目		たたき台		印字編集条件など	論点
		必須	オプション			
1	様式番号	○				
2	文書番号	○			・マスク管理している、またはフリー入力した文書番号を設定	
3	発行年月日	○			・和暦表記	
4	宛先郵便番号	○				
5	宛先住所	○			・住所、方書を設定する	
6	宛先氏名	○				
7	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える	
8	郵便カスタムバーコード	○				
9	発行自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
10	発行役職名	○			・市長名、副市長名、福祉事務所長名	
11	発行者氏名	○				
12	電子公印	○				
13	取消線1	○			・利用用途に応じて、帳票タイトルの使用しない区分は削除線を引く	
14	通知文	○			・下記条件により設定された通知文を印字する ①生活保護法による保護または生活保護法に準じた措置 ②申請による保護または申請によらない保護※申請による保護の場合、保護決定通知年月日及び保護決定通知文書番号を含める	
15	取消線2	○			・利用用途に応じて、決定区分の使用しない区分は削除線を引く	
16	扶助種類名称	○				
17	保護停止年月日	○			・和暦表記	
18	保護廃止年月日	○			・和暦表記	
19	決定理由	○			・保護が停止・廃止となった理由 ・画面で入力した内容を印字する	
20	停止廃止戻入対象年月	○			・和暦表記 ・戻入が複数月にまたがる場合は、複数行印字する	
21	停止廃止戻入額	○			・戻入が複数月にまたがる場合は、複数行印字する	
22	(控)の文言		○		・「控」を出力する場合、帳票タイトルの末尾に「(控)」の文言を印字する	
23	教示文		○		・教示文ありを選択した場合のみ、文言を印字する	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護停止・廃止	帳票名称	保護廃止(停止)通知書
----	----------------------	---------	------	-------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

宛先郵便番号	発行自治体名称	発行役職名	文書番号
宛先住所	発行者氏名	発行年月日	
宛先氏名	敬称	印	
郵便カスタマーバーコード			

保護 廃止 決定 通知書 (控)  
停止

通知文

記

- 1 廃止 した保護の種類  
停止
- 2 停止する期間
- 3 廃止する時期 年 月 日
- 4 理由

(備考) この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、知事に対し審査請求をすることができます（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）

また、この審査請求に対する裁決を経た場合に限り、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。)この決定の取り消しの訴えを提起することができます（なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決があった日の翌日から起算して1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでこの決定の取り消しの訴えを提起することができます。①審査請求をした日（行政不服審査法（平成26年法律第68号）第23条の規定により不備を補正すべきことを命じられた場合にあっては、該当不備を補正した日）の翌日から起算して50日（50日以内に行政不服審査法第43条第3項の規定により通知を受けた場合は70日）を経過しても裁決がないとき。②決定、決定の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。③その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

- 5 戻入  
年 月分 円  
年 月分 円

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	保護変更申請書等の作成	帳票名称	保護変更申請書（傷病届）様式第12号
----	------	-------------	------	--------------------

No.	たたき台				
	システム印字項目	必須	オプション	印字編集条件など	論点
1	様式番号	○			
2	患者氏名	○			
3	生年月日	○		・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
4	年齢	○			
5	居住地	○		・郵便番号、住所、方書を設定する	
6	世帯主氏名	○			
7	「希望する指定医療機関住所」の文言		○	・希望する指定医療機関がある場合、「希望する指定医療機関住所」の文言を備考欄に印字する	
8	宛先自治体名称	○		・福祉事務所名または自治体名	
9	宛先役職名	○			
10	宛先者氏名	○			
11	敬称	○		・パラメタなどにより初期設定が行える	
12	保護変更申請年月日	○		・和暦表記 ・元号年 月 日の文言のみ印字する	
13	発行年月日	○		・和暦表記	
14	発行番号		○		
15	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する	
16	ケース番号		○		
17	世帯員番号		○		

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	保護変更申請書等の作成	帳票名称	保護変更申請書（傷病届）様式第12号
----	------	-------------	------	--------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

保護変更申請書（傷病届）

1 医療 2 治療材料 3 施術（柔道整復・あん摩・マッサージ・はり・きゅう）

4 移送

		※受理年月日	年 月 日
患者氏名	<span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">生年月日</span>	男・女 ( 歳)	居住地
世帯主氏名		現在受けている扶助	生・住・教・医・その他

病状及び理由

備考

希望する指定医療機関名称

希望する指定医療機関住所

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。

宛先自治体名称
宛先役職名  
宛先者氏名
敬称

元号 年 月 日

申請者 {
   
     住所
   
     氏名
   
     患者との関係

ケース番号
世帯員番号
発行年月日
発行番号

QRコード・バーコード

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	保護変更申請書等の作成	帳票名称	保護変更申請書(傷病届)様式第17
----	------	-------------	------	-------------------

No.	たたき台			
	システム印字項目	必須	オプション	印字編集条件など
1	様式番号	○		
2	訪問看護事業者		○	・訪問看護ステーション名を印字する
3	指定医療機関名	○		・要否意見を求める医療機関名を印字する
4	発行年月日	○		・和暦表記
5	利用者カナ氏名		○	・半角カナで印字すること
6	利用者氏名1	○		・保護申請書(傷病届)に印字する
7	居住地	○		・郵便番号、住所、方書を設定する
8	世帯主氏名	○		
9	宛先自治体名称1	○		・福祉事務所名または自治体名 ・保護申請書(傷病届)に印字する
10	宛先役職名1	○		・保護申請書(傷病届)に印字する
11	宛先者氏名1	○		・保護申請書(傷病届)に印字する
12	敬称1	○		・パラメタなどにより初期設定が行える ・保護申請書(傷病届)に印字する
13	新規・継続	○		・保護新規に該当する場合は「新規」、継続に該当する場合は「継続」を印字する
14	医療の開始年月日	○		・和暦表記
15	ケース番号		○	
16	世帯員番号		○	
17	利用者氏名2	○		・訪問看護要否意見書に印字する
18	生年月日	○		・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記
19	宛先自治体名称2	○		・福祉事務所名または自治体名 ・訪問看護要否意見書に印字する
20	宛先役職名2	○		・訪問看護要否意見書に印字する
21	宛先者氏名2	○		・訪問看護要否意見書に印字する
22	敬称2	○		・パラメタなどにより初期設定が行える ・訪問看護要否意見書に印字する
23	要否意見回答年月日	○		・和暦表記 ・元号 年 月 日 文言のみを印字する
24	要否意見書発行番号	○		
25	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する
26	地区担当員	○		

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	保護変更申請書等の作成	帳票名称	保護変更申請書(傷病届)様式第17
----	------	-------------	------	-------------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号		保護変更申請書（傷病届）		訪問看護事業者	
※指定医療機関名				※発行年月日	
				※受理年月日	
利用者カナ氏名		居住地			
利用者氏名					
世帯主氏名		現在受けている扶助		生・住・教・医・その他	
病状及び理由					
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。					
宛先自治体名称		宛先役職名		年 月 日	
宛先者氏名		敬称			
		申請者		住所 氏名 利用者との関係	
訪問看護要否意見書（新規・継続）					
ケース番号		世帯員番号		医療の開始年月日	
※利用者氏名		※生年月日		年 月 日	
主たる病名		訪問看護開始年月日		年 月 日	
病状・治療状態（改善の見込み等）					
訪問看護見込期間		訪問看護見込回数		1 1回 4 4回 2 2回 5 その他 3 3回（週当たり 回）	
実施が適当と思われる訪問看護事業者		所在地 名称			
上記のとおり訪問看護を（1 要する 2 要しない）と認めます。					
宛先自治体名称		宛先役職名		年 月 日	
宛先者氏名		敬称		〒	
指定医療機関の所在地及び名称 指定医療機関の長又は開設者氏名					
※福祉事務所 嘱託医意見		1 訪問看護の要否（ア 要する イ 要しない） 2 訪問看護見込期間（ か月） 3 訪問看護見込回数（1週当たり 回（週当たり 回）） 4 参考意見			
		年 月 日 嘱託医			
（注意 1 ※印の欄は福祉事務所で記入します。 地区担当員 要否意見書発行番号 2 「訪問看護」の部分は、不要なものを——で消してください。					
QRコード・バーコード					

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称	訪問看護に係る利用料請求書
----	------	------------	------	---------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
				オプション	
1	様式番号	○			
2	頁		○		
3	給付年月	○			・一括出力をする場合、印字する
4	利用者氏名	○			・和暦表記
5	利用者住所	○			・郵便番号、住所、方書を設定する
6	宛先自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名
7	宛先役職名	○			
8	宛先者氏名	○			
9	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える
10	ケース番号		○		
11	世帯員番号		○		
12	地区担当員	○			

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称	訪問看護に係る利用料請求書
----	------	------------	------	---------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号		印			
訪問看護に係る利用料請求書					
( 年 月分・訪問回数 回)					
訪問看護に係る利用料明細書	基本利用料以外の利用料	単位	単価	金額	摘要
		回	円	円	
		合計金額	請 求		※ 決 定
		円		円	
請求書	(利用者氏名)				
	_____に係る上記明細書による 訪問看護に係る利用料を請求します。				
	利用者住所				
	令和 年 月 日				
	宛先自治体名称			住所	
宛先者氏名			敬称		
敬称			事業者名		
ケース番号		世帯員番号		地区担当員	

(注) 1 ※印の欄は、福祉事務所で記入します。  
 2 摘要欄には利用料の内容が分かるように具体的に記入してください。  
 3 「訪問看護」の部分は、不要なものを一で消してください。