

身体障害者手帳交付に伴う診断料特例給付事業実施要綱

(この要綱の目的)

第1条 この要綱は、身体に障害のある者に対し、その者が身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）第15条に規定する身体障害者手帳の交付を受けるために必要とされる診断を受けるために要した経費（以下「診断料」という。）の一部を支給することにより、身体障害者福祉の増進に寄与することを目的とする。

(支給対象者)

第2条 診断料の支給対象者は、身体障害者手帳交付のための診断を受けた者で、市民税非課税世帯かつ診断料負担が20,000円を超える者とする。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者を除く。

(支給額)

第3条 診断料は、身体障害者手帳の交付を受けるために必要な身体障害者診断書・意見書作成に必要な初診料及び再診料、検査料、文書料並びに領収明細書料（いずれも消費税相当額を含む。）とし、支給額は、診断料から20,000円を控除した額とする。なお、入院時生活療養費、入院時食事療養費は診断料には含まない。

(支給の申請)

第4条 前条に規定する支給額の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、身体障害者手帳交付診断料支給申請書（様式第1号）により市長に申請するものとする。

(支給の決定)

第5条 市長は、前条に規定する申請書を受理したときは、その内容を審査し、支給することを決定したときは、身体障害者手帳交付診断料支給決定通知書（様式第2号）により、当該申請者（以下「支給決定者」という。）に通知するものとする。

(支給の請求)

第6条 支給決定者は、前条の通知を受けとったときは、直ちに請求書（様式第3号）を市長に提出するものとし、市長は速やかに支給額を交付するものとする。

（支給額の返還）

第7条 市長は、偽りその他不正な行為により支給額の交付を受けた者があるときは、その者から当該交付を受けた支給額の全部又は一部を返還させることができる。

（施行の細則）

第8条 この要綱の定めるもののほか、この要綱の実施について必要な事項は、主管局長が定める。

付則

（施行期日）

1 この要綱は、平成14年4月1日から実施する。

（施行期日）

1 この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

(様式第1号)

身体障害者手帳交付診断料支給申請書

※ 申請者が記入	尼崎市長 あて		平成 年 月 日		
	対象者が18歳以上の場合は本人、対象者が18歳未満の場合は保護者				
	住所	尼崎市		電話	—
	ふりがな	印	性別	男 ・ 女	
	氏名		生年 月 日	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日	
	対象者	対象者が18歳未満の場合のみ記入		申請者との続柄	
ふりがな	印	性別	男 ・ 女		
氏名		生年 月 日	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日		
※ 必ず医療機関 で記入して ください (領収書で 明細がわか る場合は医 療機関の証 明は不要で す)	傷病名				
	領収 内 訳	初 診 料	円		
		検 査 料	円		
		文 書 料	円		
		領 収 明 細 書 料 <small>※この診断料内訳欄の記入に係る文 書料を求めた場合に記載してください。</small>	円		
		そ の 他	円		
	合 計	円			
上記のとおり領収したことを証します。 平成 年 月 日 医療機関所在地、名称 及び代表者氏名 印					

上記のとおり身体障害者手帳交付診断料の支給申請をします。

身体障害者手帳交付診断料支給決定に係る審査のため、私及び私の世帯の住民登録資料、所得に関する税務資料等の調査を承諾します。

本人 _____ 印

配偶者 _____ 印

世帯員 _____ 印

世帯員 _____ 印

世帯員 _____ 印

世帯員 _____ 印

身体障害者手帳交付に伴う診断料支給にあたっての注意事項

- 1 身体障害者手帳交付に伴う診断料の支給を受けられるのは、次の事項に該当する者に限られます。
 - (1) 市民税非課税世帯であること。
 - (2) 診断料が20,000円を超えていること。
- 2 支給する診断料は、負担された金額より20,000円を差し引いた金額となります。
- 3 支給決定後、ご指定の金融機関口座へ振り込みをします。

(様式第2号)

尼 障 第 号
平成 年 月 日

宛

尼崎市長 稲 村 和 美

身体障害者手帳交付診断料支給決定通知書

平成 年 月 日で申請のあった付身体障害者手帳交付診断料支給申請書については、支給することに決定しましたので次のとおり通知します。

支 給 額	円
-------	---

また、平成 年 月 日までに様式第3号により支給額の請求をしてください。

以 上

(様式第3号)

請 求 書

平成 年 月 日

尼崎市長 宛

申請者住所

申請者氏名 印

平成 年 月 日付尼障第 号で支給決定のあった、身体障害者
手帳交付診断料を請求します。

請求金額 _____ 円

(振込先) ※申請者名義の口座を指定ください。

銀 行	
信用金庫	支店
普通 当座 貯蓄	
口 座 番 号	
口座名義 (カナ)	