

尼南保第1288号
尼北保第1801号
令和8年(2026年)9月2日

指定施術機関・施術者 各位

尼崎市南部保健福祉センター所長
尼崎市北部保健福祉センター所長

生活保護法に基づく医療扶助(施術給付)の取り扱いについて(通知)

平素は生活保護行政にご尽力を賜り、誠にありがとうございます。

生活保護法に基づく医療扶助(施術給付(はり・きゅう及びあん摩・マッサージ))の取り扱いについて、周知いたします。指定施術機関・施術者各位におかれましては、適正な医療扶助(施術給付)についてご理解ご協力をいただきますようお願いいたします。

1 生活保護の指定について

生活保護法に基づく指定は、施術者ごとの指定となります。したがって、同一施術所に複数の施術者がいる場合は、各人にて指定申請が必要です。

また、施術種別ごとの指定となります。したがって、1人の施術者が複数の施術種別の指定を申請する場合、種別ごとに指定申請が必要です。

なお、施術所の開設者の場合は、開設している施術所の所在地の自治体へ、開設者以外の勤務者の場合は、施術者の住所地の自治体へ指定申請を行ってください。

2 施術給付適正化(長期受療)について

生活保護法に基づく医療扶助に関連した施術給付適正化への取り組みについて、尼崎市においては令和8年度より内容点検体制を強化しております。

令和8年(2026年)7月31日時点において施術を受療している者を対象とし、そのうちで長期受療者(※1)に対して助言指導を行います。

生活保護の医療運営要領における【必要最小限度の施術を原則として現物給付するもの】と定義されている文言に基づき、長期受療対象者として抽出された者に助言援助を行い、またその者に施術を行っている施術機関(※2)に対し、通知を行います。

なお、本取り組みの目的は、生活保護法に基づく医療扶助に関連した施術給付適正化です。受療者に対し、施術をやめさせるよう促すものではありません。

(長期受療者の定義)

※1 長期受療者:①令和8年7月31日時点の直近1年間で施術給付券を発行している被保護者(＝現時点で施術を受けている者)において、施術給付券発行期間が継続して36か月以上*であるもの

＊本市嘱託医との協議の結果、継続して 36 か月以上の受療者を長期とする

※2 施術機関：※1 で定義した長期受療者に対する最新の施術給付券に登録されている施術所

長期受療者として抽出された対象者に対して、担当ケースワーカーより助言援助いたします(※3)。

施術機関へは、南部保健福祉管理課 医療・介護担当より対象者を文面にてお知らせいたします。その場合、継続であっても助言援助が完了し適切な手続きを経た後に給付券を発行いたします。

(対象者への指導内容)

※3:(継続)給付要否意見書が発行されるときに、対象者へ傷病名に適した医療機関(診療科)へ受診するよう助言援助します。嘱託医審査において、傷病名に適していない医療機関(診療科)であると認定された場合、意見書の再提出が求められる、または施術の承認不可となる場合があります。

3 給付要否意見書の記入について

給付要否意見書の記入について、記入例を添付しておりますので、ご確認お願いいたします。

なお、記載内容に不備がある場合は、給付要否意見書の修正及び再提出を依頼するため、審査まで日数を要することがあります。記入例をご確認の上、給付要否意見書を作成していただきますようお願いいたします。

4 指定医療機関の同意について(新規)

継続して施術を受療している長期受療者に対して施術給付適正化を行うにあたり、あわせて、受療予定者に対しても担当ケースワーカーより、(新規)給付要否意見書を発行する際に傷病名とあわせて同意を受ける予定である指定医療機関(診療科)及び当該指定医療機関への通院状況の確認を行います。

確認を行った内容をもとに助言援助を行う場合があります。

5 その他

本市ホームページの「生活保護法等による指定医療機関等の各種届出について」のページ(ページ番号 1024036)に、生活保護法による医療扶助の手引き(指定施術機関用)を掲載しております。

手引きについては、随時更新を行っておりますので、ご確認いただきますようお願いいたします。

トップページ > くらし・手続き > 生活支援

> 生活保護 > 生活保護法等による指定医療機関等の各種届出について

〒660-0876

兵庫県尼崎市竹谷町2丁目183番地

尼崎市南部保健福祉センター 南部保健福祉管理課

医療・介護担当: 泉・楠本

TEL: 06-6415-6094 FAX: 06-6430-6801

以 上

福祉事務所 受付日	月 日
--------------	-----

給付要否意見書 ()

※ 福祉事務所 所記載欄	※ 受 理 年 月 日 年 月 日	
	※ 居住地: (フリガナ) ※ (年 月 日以降の) (氏名) (生年月日) (歳) に係る施術の給付の要否について意見を求めます。	
※	尼崎市南部保健福祉センター所長 印 尼崎市南部保健福祉センター 所長 印	
要 否 意 見 欄	傷病名 (部位)	初 検 年 月 日
	(1)	年 月 日
	(2)	年 月 日
	(3)	年 月 日
	(4)	年 月 日
	(5)	年 月 日
	(6)	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
一 施 術 者 記 載 欄	療 養 (治 療) 見 込 期 間	
	概 算 見 積 額 (初 検 時 又 は 7 か 月 日 以 降)	
	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。		年 月 日
尼崎市南部保健福祉センター所長		
指定医療機関 (施術者) の所在地 及び名称		
医 師 同 意 欄	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 期間 (月) 1 2 3 4 5 6 (詳細意見)	

※担当員

※発行取扱者名

『傷病名 (部位)』
傷病名と部位をあわせて記載してください。
部位のみの記載の場合、修正を依頼します。

『初検年月日』
初めて状態を確認した年月日を記載してください。

『要否意見 (施術者記載欄)』
施術者の記載は、医師の同意以降となるため、
作成年月日は医師同意年月日以降となることに
ご注意ください。

『医師同意』
まずは、医師の同意を受けてください。
医師同意日は施術者の要否意見欄作成日以前と
なります。
※傷病名に適した診療科を受診するようお願い
いたします。
※指定医療機関名と併せて診療科目のご記載を
していただきますようご協力お願いいたします。

※記載内容に不備がある場合は、給付要否意見書の修正及び再提出
を依頼するため、審査までに日数を要することがあります。
給付要否意見書の作成について不明等がございましたら、南部保健
福祉センター医療・介護担当 (06-6415-6092) までご連絡ください。