

原子爆弾被爆者に対する栄養補給食品支給要綱

(目的)

第1条 この要綱は、原子爆弾被爆者（以下「被爆者」という。）に対して、栄養補給食品を配送により支給することによって、被爆者の健康の保持増進に寄与すること及び配送時において被爆者の異変等を早期に発見し、必要な支援を行うなど、見守り体制を確保することを目的とする。

(対象者)

第2条 栄養補給食品の支給を受けることができる者は、本市の区域内に住所を有する者で、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（平成6年法律第117号）に基づき、被爆者健康手帳の交付を受けている者のうち、支給を希望する者とする。

(支給内容)

第3条 この要綱による栄養補給食品の支給内容は次のとおりとする。

(1) 品目及びセットメニュー

次表のとおり品目1及び品目2をセットにして、セットメニュー①～④のいずれかを第5条の支給申請に基づき支給する。

	品目1	数量	品目2	数量
①	牛乳（1,000ml）	1	牛乳（500ml）	1
②	牛乳（500ml）	1	ヨーグルト（400g）	1
③	ヨーグルト（400g）	1	乳製品乳酸菌飲料（650ml）	1
④	ヨーグルト（400g）	1	野菜・果実ジュース（1,000ml）	1

(2) 頻度 1人につき、原則週1回

(支給方法)

第4条 この要綱に定める栄養補給食品は、川崎市と委託契約を締結した委託業者が被爆者の自宅へ配送することにより支給する。

(支給申請)

第5条 この栄養補給食品の支給を受けようとする者は、栄養補給食品支給申請書（第1号様式、以下「支給申請書」という。）を市長に提出しなければならない。この場合において、申請者は被爆者健康手帳を提示することとする。

(支給決定)

第6条 市長は支給申請書を受理したときは、申請の内容を審査のうえ、支

給の可否を決定する。

2 市長は、前項により受給者として決定したときは、委託業者にその内容を通知するものとする。

(支給開始期日)

第7条 市長は、前条の支給決定をしたときは、毎月20日以前に支給申請書を提出した者に対しては翌月から支給し、毎月21日以後に支給申請書を提出した者に対しては翌々月から支給するものとする。

(継続申請)

第8条 栄養補給食品の支給を受けている者が、翌年度も引き続き支給を受けようとするときは、毎年市が定める期限までに市長に対して支給申請書を提出するものとする。

2 前項に掲げる期限後に支給申請書を提出した場合、その提出月が3月であれば5月から翌年度の支給を開始し、4月以降であれば第7条の規定を準用する。

(報告)

第9条 委託業者は、毎月の業務終了後、各受給者のセットメニューごとの配送回数を市長に報告するものとする。

(変更等の届出)

第10条 受給者又はその親族は、支給申請書に記載した事項に変更等が生じたときは、直ちに変更・失権届書(第2号様式)により市長あて届出をしなければならない。なお、支給申請書において選択した支給品目については、年度の途中で原則変更できないものとする。

(書類の経由)

第11条 この要綱の規定により市長に提出する申請書類は、受給者の住所地を所管する地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所)所長又は副所長を経由するものとする。

(見守り体制の確保)

第12条 委託業者は、異変のある被爆者や何らかの支援を必要としている被爆者を発見した場合、各地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所)所長の指定する実施機関に情報の連絡を行うなど、発見及び情報の連絡から支援に至るまで、各関係機関と連携を図ることとする。

(委任)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は健康福祉局長が定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成11年4月1日から施行する。
(原子爆弾被爆者に対する栄養補給食品支給要綱)
- 2 原子爆弾被爆者に対する栄養補給食品支給要綱(45川衛管第899号)は、廃止する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成18年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成30年4月1日から施行する。
(準備行為)
- 2 支給の決定その他この要綱を施行するために必要な準備行為は、この要綱の施行日前に行うことができる。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

(第1号様式)

_____区役所地域ケア推進課 → 健康増進課

担当	係長	課長	担当	係長	課長
----	----	----	----	----	----

栄養補給食品支給申請書

_____年_____月_____日

(あて先) **川崎市長**

郵便番号 _____

住所 川崎市_____区_____

氏名_____印 電話番号_____

標記について(新規・継続)支給を受けたいので、次のとおり申請します。

健康手帳・受給者番号 _____

フリガナ		生年 月日	明治 大正 昭和
受給者氏名			年 月 日

支給内容(希望する番号のいずれかに丸印を付けてください)

※年度の途中で変更することはできません。

①牛乳1,000ml + 牛乳500ml

②牛乳500ml + ヨーグルト400g

③ヨーグルト400g + 乳製品乳酸菌飲料650ml

④ヨーグルト400g + 野菜・果実ジュース1,000ml

備考

※ 申請時には、被爆者健康手帳を提示してください。

地域ケア推進課受付印	健康増進課受付印
------------	----------

変更・失権届書

.....年.....月.....日

(あて先) **川崎市長**

(届出者) 住所

氏名 印

電話番号 受給者との続柄.....

健康手帳・受給者番号								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

受給者名	.....	明治 大正 昭和	.....	年	.....	月	.....	日生
	電話番号	.....	-	.....	-	.....	.....	.....

次のとおり(変更・失権)を届け出ます。

(変更・失権箇所にチェックをつけてください)

変更	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 住所等	郵便番号 - 川崎市.....区..... 電話番号 - -	郵便番号 - 川崎市.....区..... 電話番号 - -
<input type="checkbox"/> その他		
備考		

失権	失権理由
<input type="checkbox"/> 失権	

地域ケア推進課受付印	健康増進課受付印
------------	----------