

指定施設利用（転地療養）事業実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、公害健康被害の補償等に関する法律（昭和48年法律第111号。以下「法」という。）第46条第1項の規定に基づく転地療養に関する事業の実施について、必要な事項を定めるものとする。

（目的）

第2条 この要綱は、公害病被認定者が環境の良好な地にある指定施設で、希望する時期に転地療養を行い、もって健康の回復、保持及び増進を図ることを目的とする。

（定義）

第3条 この要綱において「公害病被認定者」とは、法又は川崎市公害健康被害補償条例（昭和49年川崎市条例第69号）に基づき市長が認定した者（法第4条第6項ただし書に該当した者、法第7条の規定による有効期間が満了した者及び法第9条の規定により認定を取り消されている者を除く。以下「被認定者」という。）をいう。

2 この要綱において「指定施設」は、転地療養事業において利用できる施設として別表1に定める。

（制度適用者）

第4条 この要綱により指定施設を利用することができる者は、障害等級が2級、3級及び等級外の被認定者とする。

（参加人数）

第5条 この事業の参加にあたっては、原則として2名以上での参加とする。
ただし、市長が特別な理由があると認めるときは、この限りでない。

（実施期間及び参加日程）

第6条 この要綱による実施期間は、4月1日から翌年3月31日までとし、当該年度内に終了することとする。ただし、市長が指定施設、現地医師、現地看護師及び現地保健師と定めた期間については、実施期間から除外することとする。

2 この要綱により参加できる日程は、日曜日から水曜日まで又は水曜日から土曜日までの3泊4日とする。

（参加回数）

第7条 この要綱に定める事業の参加については、1事業年度において1人1回とする。

（健康管理）

第8条 この要綱により被認定者が転地療養に参加するときは、現地医師による健康管理及び現地看護師又は現地保健師による保健指導を受けることとする。

（費用負担の範囲）

第9条 被認定者の参加に関わる経費のうち、川崎市が負担する費用は、宿泊料、昼食代、交通費、傷害保険料及び宿泊キャンセル料とする。

- (1) 宿泊料は、利用する指定施設の1泊2日の基本料金の3泊分とする。
 - (2) 昼食代は、利用する指定施設内での2日目、3日目における昼食分とする。
 - (3) 交通費は、旧指定地域である川崎区又は幸区を出発地とし、指定施設までの往復の交通費とする。又、その額は川崎市の旅費規程に準じた経路で算出した額とし別表2の支給限度額の範囲内で支給する。ただし、居住地から指定施設に至る交通費の額が川崎区又は幸区を出発地として算出した額より少ないときは、交通費についてはその実費を支給する。
- 2 被認定者が自己の都合により現地で医師による健康管理及び看護師又は保健師による保健指導を受けなかったときは、交通費は支給しない。
 - 3 第1項第1号及び同項第2号に規定された範囲を超えた経費は、参加者の個人負担とする。
 - 4 被認定者以外の付添者に係る費用は、全額自己負担とする。ただし、傷害保険料は、川崎市が負担する。

(申請手続)

第10条 この要綱により参加を希望する者(以下「申請者」という。)は、指定施設利用事業参加申請書(以下「申請書」という。様式1)を居住地を管轄する区役所又は健康福祉局保健医療政策部を経由して市長に申請しなければならない。

- 2 前項の申請書には、主治医意見書(様式2)を添付しなければならない。
- 3 第1項の申請書は、原則として利用希望日の30日前までに提出しなければならない。30日前の日が土曜日、日曜日または祝日の場合は、その前の平日までに提出しなければならない。

(参加の可否の決定)

第11条 市長は、前条の規定による申請書を受理したときは、その内容を審査し、速やかに参加の可否を決定するものとする。

- 2 市長は、前項の規定により参加を承認したときは、その旨を記載した指定施設利用事業利用券により申請者に通知するものとする。
- 3 市長は、参加を不承認としたときは、その理由を付して申請者に通知するものとする。

(参加報告)

第12条 この要綱により参加した公害病被認定者は、指定施設利用事業終了日から7日以内に、指定施設利用事業(転地療養)参加報告書(様式3)を市長に提出しなければならない。

(交通費の支払い)

第13条 市長は、前条に定める報告書を確認した後、参加者から提出された請求書に基づき、当該事業の参加に要した費用を、第9条第1項第3号に規定された額の範囲内で口座振替払いにより支払うものとする。

(委託料の支払い)

第14条 市長は、指定施設利用事業実施に関わる主治医意見書作成料、指定施設利

用料、健康管理料及び保健指導料の支払いについて、委託先からの事業実施報告書（様式4）により確認した後、提出された請求書に基づき委託契約者に口座振替払いにより支払うものとする。

なお、委託料の算出にあたっては次のとおりとする。

- (1) 主治医意見書作成料は、川崎市公害健康被害補償制度に伴う検査料等の支出に関する要綱に定められた額とする。
- (2) 指定施設利用料は、委託契約書に基づいた3泊4日の額とする。
- (3) 現地医師による健康管理料は、委託契約書に基づいた額とする。
- (4) 現地看護師又は現地保健師による保健指導料は、委託契約書に基づいた額とする。

(委任)

第15条 この要綱の施行について必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附 則

この要綱は平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成17年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成18年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は令和7年1月1日から施行する。

別表1（第3条関係）

地 域	施 設 名	所 在 地
館 山	休暇村 館 山	千葉県館山市見物725

別表2（第9条関係）

指定施設利用事業関係・交通費支出限度額

	休暇村 館山
大 人	8,760円

指定施設利用転地療養事業参加申請書

(宛先) 川崎市 市長

次のとおり指定施設利用転地療養事業に参加したく申請します。

(※添付書類:転地療養参加に係る意見書)

		年 月 日
申請者	住所	_____
	氏名	_____
	電話	() _____

第1希望	月日	月 日 ~ 月 日	第2希望	月日	月 日 ~ 月 日	備考	制度適用確認
	場所	館山		場所	館山		
	氏名	性別・年齢	続柄	住所			
1	認定番号: _____ 障害等級: _____	男女 才	本人	神奈川県 東京都 県 市区			
2		男女 才		神奈川県 東京都 県 市区			
3		男女 才		神奈川県 東京都 県 市区			
4		男女 才		神奈川県 東京都 県 市区			

注) ① 太枠内のみ黒のボールペンで御記入ください。

② 申請書は公害病被認定者1名につき1枚提出してください(認定患者以外の同伴者については1枚でまとめて提出してください)。

③ この事業に参加できるのは、障害等級が2級、3級及び等級外の方です。

決定内容

保健所支所受付欄	支所	_____	受付者印	
	日時	年 月 日		
		時 分		

<input type="checkbox"/> 承認	1 日程	年 月 日 () ~ 月 日 ()
	2 施設	館山
<input type="checkbox"/> 次の理由により不承認	_____ _____	

(様式2)

年度指定施設利用事業（転地療養）参加に係る主治医意見書

患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生 歳
認定番号	川崎 -	等級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 等級外
認定疾病名	<input type="checkbox"/> 気管支ぜん息 <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺気しゅ	

- 1 年 月 日の症状からみて、転地療養に参加しても
 さしつかえない
 参加しないほうが良いと思う（理由： ）
- 2 最近1ヶ月間におけるぜん息発作について
 ほとんど毎日 月に 回くらい なし
- 3 最近1ヶ月における認定疾病の治療に係る注射の回数について
 ほとんど毎日 月に 回くらい なし

参加してもさしつかえない場合は、4以降もご記入ください。

- 4 参加中の応急処置の参考とするため、現在認定疾病関係の治療に使用している薬品名を御記入ください。

	発 作 時	発作時以外の時
注 射		
内 服		
吸入薬の種類 または名称		
ステロイド ホルモン		

裏面もお願いいたします。

5 合併症についてお知らせください。

合併症がある ない

合併症	治療状況（薬品名）	注意すること

6 使用禁忌とお認めになった薬品（過敏症、発疹などの副作用のため）

あり _____

なし

7 診療上、特に注意している点や特記事項があれば御記入ください。

.....

.....

.....

以上のとおり報告し、川崎市規定の意見書作成料を請求します。

年 月 日

(宛先) 川崎市長

医療機関

所在地 _____

名 称 _____

医師名 _____

※意見書作成料は川崎市から直接貴医療機関にお支払いいたしますので、患者様からは徴収しないでください。

※御不明な点につきましては、下記所管課までお問い合わせください

【所管課】健康福祉局

電話 ()

(宛先) 川崎市長

指定施設利用事業（転地療養）参加報告書

年 月 日

報告者 住所 _____

氏名 _____

電話 () _____

指定施設利用事業（転地療養）に参加しましたので、次のとおり報告します。

1 参加日程 年 月 日 () ~ 月 日 ()

2 施設名

認定者氏名	認定番号	等級	年齢	性別	備考
	川一				

※ この「参加報告書」は帰宅後、交通費請求書とあわせて、下記送付先宛てお送りください。

書類を受領後、交通費を口座振込みによりお支払いいたします。

送付先 〒210-8577 (住所は省略できます。)
川崎市健康福祉局

