

## 川崎市公害保健予防事業に係る意見書作成料の助成要綱

### (目的)

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)第68条第2号に基づくぜん息児運動教室事業及びあおぞらウェルネス事業への参加に必要な主治医意見書の作成料について、「川崎市公害健康被害補償制度実施に伴う検査料等の支出に関する要綱」に基づき予算の範囲内において助成し、当該事業参加者及びその保護者(以下「参加者等」という。)に対して、事業への参加を促進し、参加者等の自己管理の支援及び健康の回復、保持及び増進を図ることを目的とする。

### (対象者)

第2条 この要綱による助成を受けることができる者(以下「助成対象者」という。)は、ぜん息児運動教室事業及びあおぞらウェルネス事業若しくはそのどちらか一方の参加の申込をした者で、主治医意見書作成料を負担した者とする。

### (助成する額)

第3条 助成する額は、川崎市公害健康被害補償制度実施に伴う検査料等の支出に関する要綱別表(7)に定められた額を準用する。

2 前項に規定された範囲を超えた経費は、助成対象者の個人負担とする。

### (申請手続)

第4条 助成対象者は、参加申込書兼助成申請書(第1号様式)を市長に申請しなければならない。

### (主治医意見書の提出)

第5条 助成対象者は、川崎市が指定する日までに次の各号に定める主治医意見書を提出しなければならない。

(1) ぜん息児運動教室事業参加に関する主治医意見書(第3号様式)

(2) あおぞらウェルネス事業参加に関する主治医意見書(第4号様式)

### (助成の決定等)

第6条 市長は、第4条の申請書及び第5条の主治医意見書を受理したものについて、助成の可否を決定する。

2 市長は、前項に基づき承認を決定した場合は、川崎市公害保健予防事業に係る意見書作成料の助成決定通知書(第2号様式)により申請者に通知する。また、不承認を決定した場合は、川崎市公害保健予防事業に係る意見書作成料の不承認決定通知書(第2号の2様式)により申請者に通知する。

### (支払い)

第7条 市長は、助成対象者から提出された請求書に基づき、口座振替払いにより支払うものとする。

### (譲渡又は担保の禁止)

第8条 助成金の交付を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはならない。

### (個人情報の保護)

第9条 この助成に関わる者は、この助成により知り得た事実を漏らさぬよう、申請書等に記載されている者の個人情報の保護に十分配慮しなければならない。

### (委任)

第 10 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、令和 4 年 2 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。

(第 1 号様式)

年 月 日

(あて先) 川崎市長

申請者氏名

( ) 参加申込書兼助成申請書

( ) に参加したいので申し込みます。  
また、川崎市公害保健予防事業に係る意見書作成料の助成要綱第 4 条の規定に基づき助成を申請します。

|       |       |    |    |
|-------|-------|----|----|
| ふりがな  |       |    |    |
| 児童氏名  |       | 年齢 | 才  |
| 生年月日  | 年 月 日 | 学年 | 年生 |
| ふりがな  |       |    |    |
| 保護者氏名 |       | 続柄 |    |
| 住所    | 〒 -   |    |    |
| 連絡先   |       |    |    |

(第2号様式)

第 号  
年 月 日

様

川崎市長

川崎市公害保健予防事業に係る意見書作成料の助成決定通知書

年 月 日付けで申請のあった川崎市公害保健予防事業に係る意見書作成料の助成については、川崎市公害保健予防事業に係る意見書作成料の助成要綱第6条第2項の規定に基づき、 円を交付します。

(第2号の2様式)

第 号  
年 月 日

様

川崎市長

川崎市公害保健予防事業に係る意見書作成料の不承認決定通知書

年 月 日付けで申請のあった川崎市公害保健予防事業に係る意見書作成料の助成については、次の理由により不承認と決定しましたので通知します。

不承認の理由

## ぜん息児運動教室事業参加に関する主治医意見書

|     |  |        |
|-----|--|--------|
| 氏 名 |  | 年 月 日生 |
|-----|--|--------|

|               |                        |
|---------------|------------------------|
| 疾病名（ぜん息に関する）  | 気管支ぜん息・ぜん息性気管支炎・その他（ ） |
| その他治療中の疾病名    |                        |
| 運動時に配慮を要する既往症 |                        |

上記診断について、 年 月 日の問診・症状及び所見から、

☐ 運動教室に参加して差し支えない。

☐ 運動教室に参加しない方がよい。（理由： ）

☐ ぜん息等に関しては参加して差し支えないが、他の疾病に関してその主治医の意見が必要である。

※特記事項があれば御記入ください。（理由： ）

### 1 最近1年間におけるぜん息発作について

- (1) 発作の頻度は ☐ (ア)ほとんど毎日 ☐ (イ)月に\_\_\_\_回くらい ☐ (ウ)なし
- (2) (1)で(ア)(イ)と答えた方の発作の程度は ☐ 大発作 ☐ 中発作 ☐ 小発作

### 2 最近1年間の受診状況について

- (1) 外来受診の頻度は ☐ 月に\_\_\_\_回くらい ☐ 年に\_\_\_\_回くらい
- (2) ぜん息での入院は ☐ ある（ 年 月頃 日間） ☐ なし

### 3 処方薬について、①現在の定時薬、②頓服薬、③緊急時用の薬（エピペン等）に、御記入ください。

|          | 内服 | 処方量 | 吸入・その他 | 処方量 |
|----------|----|-----|--------|-----|
| ①定時薬     |    |     |        |     |
| ②頓服薬     |    |     |        |     |
| ③緊急(発作)時 |    |     |        |     |

4 現在、使用禁忌としている薬品（過敏症・発疹などの副作用のため）

☐なし ☐あり（薬品名：\_\_\_\_\_）

5 運動教室参加時に配慮を要する点がありましたら、御記入ください。

i

[ ]

.....

以上のとおり、証明します。

年 月 日

（宛先）川崎市長

医療機関 所在地\_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

医 師 \_\_\_\_\_

(第4号様式)

## あおぞらウェルネス事業参加に関する主治医意見書

|     |  |        |
|-----|--|--------|
| 氏 名 |  | 年 月 日生 |
|-----|--|--------|

|               |                        |
|---------------|------------------------|
| 疾病名（ぜん息に関する）  | 気管支ぜん息・ぜん息性気管支炎・その他（ ） |
| その他治療中の疾病名    |                        |
| 運動時に配慮を要する既往症 |                        |

上記診断について、 年 月 日の問診・症状及び所見から、

☐ 参加して差し支えない。

☐ 参加しない方がよい。（理由： ）

☐ ぜん息等に関しては参加して差し支えないが、他の疾病に関してその主治医の意見が必要である。

※特記事項があれば御記入ください。（理由： ）

### 1 最近1年間におけるぜん息発作について

- (1) ぜん鳴について ☐ なし
- ☐ あり（☐ 風邪をひいた時 ☐ 年中  
（☐ 時々【どのような時： 】）
- (2) 呼吸困難について ☐ なし
- ☐ あり（☐ 運動時 ☐ 日常動作時 ☐ 安静時 ）
- (3) ぜん息発作について ☐ なし
- ☐ あり（ア：最近の発作 年 月 日から 日まで）  
（イ：発作の頻度 大・中・小 発作 月に 回程度）

### 2 最近1年間の受診状況について

- (1) 外来受診の頻度は ☐ 月に 回くらい ☐ 年に 回くらい
- (2) ぜん息での入院は ☐ ある（ 年 月頃 日間） ☐ なし

### 3 食物アレルギーについて ☐ なし

- ☐ あり（いつ頃： ）
- 原因食物：（ ）
- 摂取後の症状：（ ）
- 現在摂取不可の食物：（ ）

裏面へ

4 処方薬について、①現在の定時薬、②頓服薬、③緊急時用の薬（エピペン等）に、御記入ください。

|          |   | 内服 | 処方量 | 吸入・その他 | 処方量 |
|----------|---|----|-----|--------|-----|
| ①定時薬     | 朝 |    |     |        |     |
|          | 昼 |    |     |        |     |
|          | 夜 |    |     |        |     |
| ②頓服薬     |   |    |     |        |     |
| ③緊急(発作)時 |   |    |     |        |     |

5 現在、使用禁忌としている薬品（過敏症・発疹などの副作用のため）  
□なし □あり（薬品名：\_\_\_\_\_）

6 参加時に配慮を要する点、集団生活を送る上で留意すべき点などございましたら御記入ください。

以上のとおり、証明します。

年 月 日

（宛先）川崎市長

医療機関 所在地

名 称 TEL

医 師