

## 身体障がい者手帳無料診断制度実施要綱

### （目 的）

第 1 条 この制度は、身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号。以下「法」という。）に規定する身体障がい者手帳（以下「手帳」という。）の交付申請に必要な診断を無料で行うことにより、身体障がい者福祉の増進に寄与することを目的とする。

### （対象者）

第 2 条 本市内に住所を有し、手帳の交付申請に必要な診断を無料で受けることを希望する者。

### （申請）

第 3 条 無料診断を受けようとする者は「身体障がい者手帳無料診断申請書」（様式第 1 号）により、あらかじめ保健福祉センター保健福祉課に申請しなければならない。

### （診断の機関及び範囲）

#### 第 4 条

- （1）この制度を取り扱う診療機関は、福祉局長が別に指定する医療機関とする。
- （2）この制度による診断の範囲は、法の規定により市長の指定を受けた医師が行う手帳の交付（再交付を含む）を受けるのに必要な最小限度の診察及び検査とする。
- （3）同一障がいの診断は 1 回限りとする。ただし、障がい程度に著しい変化がある場合を除く。

### （事務手続）

#### 第 5 条

- （1）保健福祉センター保健福祉課は、無料診断申請者に対して、診断予約等を診療機関と連絡調整のうえ、「身体障がい者手帳無料診断依頼書」（様式第 2 号、以下「依頼書」という。）を交付する。
- （2）診療機関は、保健福祉センター保健福祉課から依頼のあった者の診断を行い、その所要経費をそれぞれの診療機関で使用している健康保険の請求書に手帳無料診断であること、及び依頼書の発行番号を右上部欄に明記し、福祉局長あて請求する。
- （3）福祉局は、前記（1）及び（2）に規定する以外の事務を行う。

### （経費の負担）

第 6 条 無料診断の所要経費は、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法」（昭和 33 年厚生省告示第 177 号）により算定した額及び診断書作成手数料とし、福祉局から診療機関あて支払う。

付則

- 1 この要綱は、昭和５５年１月１日から実施する。

付則

- 1 この要綱は、平成９年４月１日から実施する。

付則

- 1 この要綱は、平成１３年４月１日から実施する。

付則

- 1 この要綱は、平成１５年４月１日から実施する。

付則

- 1 この要綱は、平成１９年４月１日から実施する。

付則

- 1 この要綱は、平成２３年４月１日から実施する。

付則

- 1 この要綱は、平成２４年４月１日から実施する。

附則

- 1 この要綱は平成２５年４月１日から実施する。
- 2 第３条の申請又は第５条（１）の依頼書の交付については、附則１に掲げる規定の実施の日以後も、なお当分の間、従前の様式第１号又は様式第２号の使用を認める。

附則

- 1 この要綱は、令和元年１０月１日から実施する。

附則

- 1 この要綱は、令和３年４月１日から実施する。

# 身体障がい者手帳無料診断申請書

年 月 日

区保健福祉センター所長 様

申請者 住所  
氏 名

次の者に対して、身体障がい者手帳無料診断依頼書を交付されたく申請します。

記

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
診断希望事項	1 視覚障がい 2 聴覚または平衡機能障がい 3 音声機能、言語機能またはそしゃく機能障がい 4 肢体不自由 5 呼吸器機能障がい 6 心臓機能障がい 7 じん臓機能障がい 8 ぼうこうまたは直腸機能障がい 9 小腸機能障がい 10 免疫機能障がい 11 肝臓機能障がい		
依頼診療機関	病院 科 月 日 時		

上 記 申 請 に か か る 依 頼 書 を 交 付 す し な い も の と す る									
決 裁	課長	係長	係員	起 案	・ ・	公印 審査	取扱責任者	文 書 主 任	契 印
				決 裁	・ ・				
交 付						備 考			
年 月 日				上記依頼書を受領しました。					
発 行 番 号				氏 名					

※診断予約にあたっては、診療機関の医事担当と連絡調整し、支障のないよう留意してください。

# 身体障がい者手帳無料診断依頼書

区第 号  
年 月 日

病 院 長 様

区保健福祉センター所長

次の者に対して、身体障がい者手帳の申請に必要な診断を依頼します。

記

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
診断希望事項	1 視覚障がい 2 聴覚または平衡機能障がい 3 音声機能、言語機能またはそしゃく機能障がい 4 肢体不自由 5 呼吸器機能障がい 6 心臓機能障がい 7 じん臓機能障がい 8 ぼうこうまたは直腸機能障がい 9 小腸機能障がい 10 免疫機能障がい 11 肝臓機能障がい		
診断指定日時	病院	科	月 日 時

(注) この依頼書は、指定された病院の窓口に提出してください。