様式１

整理番号	健康－法申－67

申請に対する処分個別票

所管局部担当名 （電話番号）	健康局保健所管理課審査・給付グループ (06-6647-0713)
処分担当名	同上
処分の名称	障害補償費の額の改定申請
概　要	障害補償費の支給を受けている者は、都道府県知事等（大阪市）に対し、指定疾病による障害の程度が増進したことを理由として、障害補償費の額の改定を請求することができます。
根拠法令等 及び条項	公害健康被害の補償等に関する法律第28条第４項 公害健康被害の補償等に関する法律施行規則第22条 公害健康被害補償法等の施行について（昭和49年９月28日環保企第109号） 公害健康被害補償法等の施行について（昭和49年９月28日環保企第110号） 公害健康被害の補償等に関する法律施行令第10条に規定する指定疾病の種類に応じて環境大臣が定める基準（昭和49年８月31日環境庁告示第47号） 公害健康被害の補償等に関する法律に係る処理基準について（平成13年５月24日環保企第587号）
審査基準	第28条 ３　障害補償費の支給を受けている者は、都道府県知事に対し、当該指定疾病による障害の程度が増進したことを理由として、障害補償費の額の改定を請求することができる。 ４　前項の規定による請求があつた場合においては、都道府県知事は、その者の指定疾病による障害の程度を診査しなければならない。第２項の規定は、この場合について準用する。
標準処理期間	３か月
経由日数	２日
提出先	お住まいの区の保健福祉センター保健業務担当
提出時期	随　時
提出方法	・障害補償費改定請求書(様式第14号) ・主治医診断報告書(様式第32号) ・医学的検査報告書(様式第35号) ・レントゲンフィルム、心電図等 をお住まいの区の保健福祉センター保健業務担当へ提出してください。
手数料	なし
相談窓口	お住まいの区の保健福祉センター保健業務担当
ホームページ	http://www.city.osaka.lg.jp/kenko/page/0000371516.html
備　考	