

## 大阪市公害健康被害被認定者禁煙治療費用助成事業実施要綱

### (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。以下「法」という。)に基づく公害保健福祉事業の一環として、公害健康被害被認定者(以下「被認定者」という。)が医療機関で受けた禁煙治療及び調剤薬局で購入した禁煙治療に係る医療用医薬品の自己負担となる費用を助成し、もって被認定者の健康の保持を図ることを目的とする。

### (定義)

第2条 この要綱において「被認定者」とは、法第4条第3項の規定に基づく市長の認定を受けた者をいう。

### (対象者)

第3条 この要綱による助成を受けることができる者は、禁煙治療の実施にあたり自己負担費用が生じる被認定者とする。

### (助成金額)

第4条 助成金の額は、当該年度の4月1日から翌年1月31日までの間(以下「実施期間」という。)において被認定者が医療機関で禁煙治療を受けた際及び調剤薬局で医療用医薬品を購入した際に自己負担費用として支払うべき額のうち2万円を上限とする。

2 実施期間外に受けた禁煙治療にかかる自己負担費用は、この要綱による助成の対象としない。ただし、特別な事情により市長が別途実施期間を定めた場合は、この限りではない。

3 本事業以外に他の助成制度を利用している場合は、当該制度を利用後の自己負担分について助成する。

### (申請)

第5条 この要綱により助成を受けようとする者は、実施期間の終了日の10日後までに「禁煙治療自己負担費用助成申請書兼口座振替申出書」(以下「申請書」という。)(様式1号)により市長に申請しなければならない。

2 前項の申請書には、領収書その他の当該禁煙治療にかかる自己負担費用の

支出の事実を証明する書類及び被認定者であることを証明する書類の写しを添付しなければならない。

(支払方法)

第6条 市長は、前条第1項の規定に基づき提出された申請書の内容を審査し、  
適当と認められたときは、申請者あて助成金を支払うものとする。

(療養指導)

第7条 市長は、この要綱により費用の助成を受けた被認定者に対して、家庭療  
養指導等により定期的に禁煙が継続されていることを確認するとともに必要  
に応じて適切な指導を行うものとする。

(譲渡又は担保の禁止)

第8条 この要綱による助成を受ける権利は、譲渡し、又は担保に供してはなら  
ない。

(助成金の返還)

第9条 この要綱による助成を偽りその他不正な方法により受けた者があると  
きは、市長はその者から当該助成金の全部又は一部に相当する金額を返還さ  
せるものとする。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

禁煙治療自己負担費用助成申請書兼口座振替申出書

令和 年 月 日

(提出先) 大 阪 市 長

次の事項に同意のうえ、禁煙治療自己負担費用の助成を申請します。

私(申請者)は、禁煙治療自己負担費用の助成申請を行うにあたり、公害医療手帳の写し、領収書(レシート等)を添付していますが、内容確認のために医療機関や調剤薬局に照会されること及び「大阪市公害健康被害被認定者禁煙治療費用助成事業実施要綱」の内容を理解し遵守することに同意します。

○ 申請者

※太線枠内を記入してください

|      |     |      |  |
|------|-----|------|--|
| 現住所  | 〒 - |      |  |
| フリガナ |     | 電話番号 |  |
| 氏 名  |     |      |  |

○ 公害健康被害被認定者

|                |      |                  |          |
|----------------|------|------------------|----------|
| 公害医療手帳<br>記号番号 | 大阪 - |                  |          |
| フリガナ<br>氏 名※   |      | 性別               | 男 ・ 女    |
| 住 所※           | 〒 -  | 生<br>年<br>月<br>日 | 大正・昭和・西暦 |
| 電話番号※          |      |                  | 年 月 日    |

|               |           |           |             |  |
|---------------|-----------|-----------|-------------|--|
| 受診医療機関名       |           |           | 左記の<br>電話番号 |  |
| 調剤薬局名         |           |           | 左記の<br>電話番号 |  |
| 受診日           | 医療機関への支払額 | 調剤薬局への支払額 | 合計          |  |
| 1回目( 月 日)     | 円         | 円         |             |  |
| 2回目( 月 日)     | 円         | 円         |             |  |
| 3回目( 月 日)     | 円         | 円         |             |  |
| 4回目( 月 日)     | 円         | 円         |             |  |
| 5回目( 月 日)     | 円         | 円         |             |  |
| 他の助成制度の有無     | 有 ・ 無     |           |             |  |
| 有の場合:名称       |           |           |             |  |
| 有の場合:助成を受けた金額 | 円(2)      |           |             |  |
| 申請金額(上限2万円)   | (1) - (2) |           | 円           |  |

※氏名・住所・電話番号が申請人と同じ場合には、「同上」でも結構です。

◎返信用封筒で送付する前に必ず次の添付書類があるか確認してください。

添付書類

- ☐ 公害医療手帳の写し(公害医療手帳の記号番号・有効期間・氏名・住所・認定疾病の頁)
- ☐ 領収書の原本(禁煙治療費用以外の医療費を含む場合は写しでも可)  
(領収書は、禁煙治療を受けた者の氏名及び禁煙治療費用と分かるもの)
- ☐ 診療明細書(医療機関から発行されている場合のみ)
- ☐ 他の助成制度を受けた場合には、その金額が分かる資料

※添付書類が足りない場合は、支払いができませんので返送させていただきます。

※自己負担費用の支払いについては、公害健康被害被認定者に対する補償給付費の届出口座に口座振替されます。

※本事業により費用の助成を受けた方は、家庭療養指導等により定期的に禁煙状況の確認及び必要に応じて指導を行います。

※本申請書に記載された内容については、禁煙治療自己負担費用助成以外の目的には使用しません。