

○大東市身体障害者手帳診断料助成要綱

平成18年4月1日

要綱第30号

大東市身体障害者手帳診断料助成要綱（平成元年10月1日制定）の全部を改正する。

（目的）

第1条 この要綱は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に規定する身体障害者手帳の交付（再交付）の申請のために要した診断料（以下「診断料」という。）を助成することにより身体障害者の福祉の増進を図るため、必要な事項を定めることを目的とする。

（対象者）

第2条 診断料の助成を受けることができる者は、本市に居住する者であつて、身体障害者手帳の交付（再交付）申請のため、身体障害者福祉法に基づく指定医師の診断を必要とし、市民税非課税世帯に属する者（生活保護法（昭和25年法律第144号）に基づく被保護世帯に属する者を除く。）とする。

（助成額）

第3条 助成額は、診断料相当額とする。

（助成方法）

第4条 診断料の助成を受けようとする者は、身体障害者手帳診断料請求書（別記様式）に、次に掲げる書類を添えて市長に提出するものとする。

（1） 医療機関の領収書

（2） 身体障害者手帳交付（再交付）申請書

2 市長は、前項の請求を受理したときは、その内容を審査し、適当と認めたときは、医療機関の領収書に基づき診断料相当額を当該請求者に交付するものとする。

（補則）

第5条 この要綱に定めるもののほか、診断料の助成について必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この要綱は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 改正後の大東市身体障害者手帳診断料助成要綱（以下「新要綱」という。）の規定は、この要綱の施行の日以後に係る請求について適用し、同日前に係る請求については、なお従前の例による。

3 改正前の大東市身体障害者手帳診断料助成要綱の規定により作成した用紙は、新要綱の規定により作成したものとみなし、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則（令和３年要綱第１０４号）

（施行期日）

1 この要綱は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱の施行の際現に存するこの要綱による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この要綱による改正後の様式によるものとみなす。

3 この要綱の施行の際現に存する旧様式により作成した用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

別記様式(第4条関係)

身体障害者手帳診断料請求書

年 月 日

大東市長 様

(請求者)住 所
氏 名 印
連絡先

身体障害者手帳の交付(再交付)のために要した診断料について、大東市身体障害者手帳診断料助成要綱第4条の規定により、下記のとおり請求します。

また、身体障害者手帳診断料助成の請求に当たり、私の属する世帯の住民登録資料、税務資料について各関係機関に調査・照会等することを承諾します。

記

1 請求額等 金 円

受 診 者 名			
受 診 年 月 日	年 月 日		
医 療 機 関 名			
診 療 科 目	肢 ・ 視 ・ 聴 ・ 言 ・ 内部()		級
指定医師氏名			

2 振込先

銀 行 名	銀行		支店
口 座 番 号	普通 ・ 当座	No.	
口 座 名	ふりがな		
	名 義 人		

※請求者に口座がない場合は、下記に請求者の署名捺印をしてください。

私の身体障害者手帳の交付(再交付)のために要した診断料について、上記名義人の口座に振り込まれることを承諾します。

請求者氏名 印

別記様式（第 4 条関係）