



島根県報

平成17年 3 月29日 (火)
号外 第 47 号
(毎週火・金曜日発行)
<http://www.pref.shimane.jp/>

目 次

規 則

結核予防法施行細則の一部を改正する規則

(薬事衛生課)

公布された条例等のあらまし

結核予防法施行細則の一部を改正する規則(規則第71号)

1 規則の概要

- (1) 定期外の健康診断に係る規定を廃止することとした。(第4条関係)
- (2) 入所命令を行う相手方に当該命令に係る取消訴訟の被告とすべき者、出訴期間等を教示するよう様式を改正することとした。(様式第6号関係)
- (3) その他規定の整理

2 施行期日

平成17年 4 月 1 日から施行することとした。

規 則

結核予防法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成17年 3 月29日

島根県知事 澄 田 信 義

島根県規則第71号

結核予防法施行細則の一部を改正する規則

結核予防法施行細則(昭和26年島根県規則第106号)の一部を次のように改正する。

第1条を次のように改める。

(趣旨)

第1条 結核予防法(昭和26年法律第96号。以下「法」という。)の施行については、結核予防法施行令(昭和26年政令第142号。以下「政令」という。)及び結核予防法施行規則(昭和26年厚生省令第26号。以下「省令」という。)に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

第3条中「、第9条、第17条第1項及び第18条第2項」を「及び第9条」に改める。

第4条を削り、第5条を第4条とし、第6条から第8条までを1条ずつ繰り上げる。

第9条第2項を削り、同条を第8条とする。

第10条中「若しくは」を「又は」に改め、同条を第9条とし、同条の次に次の1条を加える。

(医療機関指定の申請)

第10条 政令第2条の4第1項の規定による医療機関指定の申請書は、様式第9号による。

第11条中「様式第9号」を「様式第10号」に改める。

第12条中「第23条」を「第23条第1項」に、「第24条」を「第24条第1項」に改め、「様式第10号又は」を削る。

第13条を次のように改める。

(患者票の交付)

第13条 省令第23条第3項の規定による患者票は、様式第12号による。

2 省令第24条第3項において準用する省令第23条第3項の規定による患者票は、様式第13号による。

第14条中「第31条」を「第30条第1項」に、「様式第13号」を「様式第14号」に改める。

様式第4号中「(第7条関係)」を「(第6条関係)」に改める。

様式第6号を次のように改める。

様式第 6 号 (第 8 条関係)

指令 第 号
年 月 日

入 所 命 令 書

様

島根県知事

印

結核予防法第29条の規定に基づき、下記のとおり入所を命ずる。

記

入 所 患 者 の 住 所	市 町 郡 村		
入 所 患 者 の 氏 名		性別・年令	(歳)
入 所 命 令 の 理 由			
入 所 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
入所に係る結核療養所			
そ の 他	<p>この処分について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、行政不服審査法第4条の規定により、知事に異議申立てをすることができます。</p> <p>また、この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に島根県を被告として（島根県知事が被告の代表となります。）提起することができます。ただし、前記の異議申立てをした場合には、処分の取消しの訴えは、その異議申立てに係る決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。</p>		

様式第10号を削り、様式第 9 号を様式第10号とし、様式第 8 号の次に次の 1 様式を加える。

様式第 9 号 (第10条関係)

年 月 日

島根県知事 様

病院又は診療所の開設者 住所
氏名

㊟

医 療 機 関 指 定 申 請 書

結核予防法第36条の規定による医療機関として指定されたいので申請します。

なお、指定の上は、結核予防法第36条第 2 項の規定に基づく結核予防法指定医療機関医療担当規程 (昭和26年厚生省告示第223号) 及び同法第39条の規定に基づく診療報酬により、同法の定めるところに従って、同法による医療を担当します。

1 病院又は診療所の所在地

2 病院又は診療所の名称

3 開設 (申請) 年月日 年 月 日

様式第11号及び様式第12号を次のように改める。

様式第11号 (第12条関係)

結 核 公 費 負 担 申 請 書				年 月 日	
島根県知事		様			
申請者の住所 申請者の氏名 (患者との関係)					
結核予防法 <small>第34条</small> <small>第35条</small> の規定により医療費公費負担を申請します。					
患者 氏名		性 別 生年月日	男 (明・大) 女 (昭・平)	年 月 日	住所
被保険者の別	健保 (本人・家族) 国保 (一般・退職本人・退職家族) 生保 (保護受給中・保護申請中) その他 ()				
老人保健法による医療の受給資格	有 ・ 無	昭和 年 月から (老) 平成			
添付 X 線写真 の枚数	枚	(命令入所患者の場合) 入所命令書の番号			

様式第13号を様式第14号とし、様式第12号の次に次の 1 様式を加える。

様式第13号(第13条関係)

(結核予防法第35条)		患者		票		島根県	
公費負担者番号				公費負担医療の受給者番号			
交付保健所名称及び所在地		保健所		市郡	町村		
交付年月日		年月日					
患者	氏名						
	性別・生年月日	男・女	明・大・昭・平	年	月	日	
	居住地	市郡	町村				
被保険者等	別	健保(本人・家族)		生保(保護受給中・保護申請中)			
老人保健法による医療の受給資格		有・無					
診療報酬		健保の例		老保の例(年月から)			
指定医療機関(病院・診療所)	名称						
	所在地	市郡	町村	市郡	町村	町	村
従業禁止、入所命令の別及びその期間		従業禁止		年	月	日から	年
病名	1			2			3
自己負担額				円(月額)			
有効期間		年	月	日	から	年	月
					日	まで	

(注) 自己負担金は、その全部又は一部が社会保険によって給付の対象とされています。

附 則

この規則は、平成17年 4 月 1 日から施行する。

