

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和六年四月一日

広島県知事 湯 崎 英 彦

広島県規則第二十三号

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則の一部を改正する規則

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則（平成十九年広島県規則第四十三号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に傍線で示すように改正する。

| 改正後 | 改正前 |
|--|---|
| <p>第二条 法第十四条第五項の規定による指定の辞退は、別記様式第一号による指定届出機関辞退届により行うものとする。</p> <p>（就業制限の対象者ではないことの確認の請求）</p> <p>第三条 法第十八条第三項（法第四十四条の九第一項の規定により政令で定めるところにより準用する場合を含む。）の規定による請求は、別記様式第二号による就業制限対象者非該当確認請求書により行うものとする。</p> <p>（退院の請求）</p> <p>第四条 法第二十二條第三項（法第四十四条の九第一項の規定により政令で定めるところにより準用する場合及び法第二十六条において準用する場合を含む。）及び法第四十八条第三項の規定による請求は、別記様式第三号による退院請求書により行うものとする。</p> <p>（医療に係る費用負担の申請等）</p> <p>第五条 法第三十七条第一項、法第四十四条の三の二第一項及び法第五十条の三第一項の規定による申請のうち感染症（結核を除く。）に係る申請は、別記様式第四号による感染症患者医療費公費負担申請書により行うものとする。</p> <p>2 (略)</p> <p>第六条 法第三十八条第十項の規定による指定の辞退は、別記様式第六号による感染症指定医療機関辞退届により行うものとする。</p> | <p>第二条 法第十四条第四項の規定による指定の辞退は、別記様式第一号による指定届出機関辞退届により行うものとする。</p> <p>（就業制限の対象者ではないことの確認の請求）</p> <p>第三条 法第十八条第三項（法第七条第一項の規定により政令で定めるところにより準用する場合を含む。）の規定による請求は、別記様式第二号による就業制限対象者非該当確認請求書により行うものとする。</p> <p>（退院の請求）</p> <p>第四条 法第二十二條第三項（法第七条第一項の規定により政令で定めるところにより準用する場合及び法第二十六条において準用する場合を含む。）及び法第四十八条第三項の規定による請求は、別記様式第三号による退院請求書により行うものとする。</p> <p>（医療に係る費用負担の申請）</p> <p>第五条 法第三十七条第一項の規定による申請のうち感染症（結核を除く。）に係る申請は、別記様式第四号による感染症入院患者医療費公費負担申請書により行うものとする。</p> <p>2 (略)</p> <p>第六条 法第三十八条第八項の規定による指定の辞退は、別記様式第六号による感染症指定医療機関辞退届により行うものとする。</p> |

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に傍線で示すように改正する。

改正後

別記様式第1号（第2条関係）

指定届出機関辞退届

年 月 日

広島県知事 様

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の開設者 住所
氏名

指定届出機関としての指定を辞退したいので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第14条第5項の規定により届け出ます。

(略)

改正前

別記様式第1号（第2条関係）

指定届出機関辞退届

平成 年 月 日

広島県知事 様

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の開設者 住所
氏名 ㊟

指定届出機関としての指定を辞退したいので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第14条第4項の規定により届け出ます。

(略)

様式第2号 (第3条関係)

就業制限対象者非該当確認請求書

年 月 日

広島県知事 様

請求者 郵便番号
住 所
氏 名
電話番号 ()
対象者との関係

(略)

注

1・2 (略)

様式第2号 (第3条関係)

就業制限対象者非該当確認請求書

平成 年 月 日

広島県知事 様

請求者 郵便番号
住 所
氏 名
電話番号 ()
対象者との関係

印

(略)

注 1 請求者は、その氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。

2・3 (略)

様式第3号 (第4条関係)

退 院 請 求 書

年 月 日

広島県知事 様

郵便番号
請求者 住 所
氏 名
電話番号 ()
対象者との関係

(略)

注

用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

様式第3号 (第4条関係)

退 院 請 求 書

平成 年 月 日

広島県知事 様

郵便番号
請求者 住 所
氏 名
電話番号 ()
対象者との関係

(略)

注 1 請求者は、その氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
2 用紙の大きさは、日本産業規格A列4とする。

様式第4号 (第5条関係)

(表)

感染症患者医療費公費負担申請書 (結核以外の患者用)

広島県知事 様

_____年 月 日

申請者の氏名 _____
 申請者の住所 _____

 申請者の個人番号 _____
 患者との関係 _____

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 (以下「感染症法」という。) 第37条第1項 第44条の3の2第1項 の規定により、医療費 第50条の3第1項 公費負担を申請します。

| | |
|-------------------|---|
| (略) | |
| 患者の生年月日 | _____年 月 日 (略) |
| (略) | |
| 感染症法第39条第1項の該当の有無 | 有 ・ 無 |
| 新感染症等の該当 | 疑似症患者 ・ 指定感染症 ・ 新感染症 ・ 無症状病原体保有者 (一類感染症又は新型インフルエンザ等感染症) |
| (略) | |

- 注 1 (略)
 2 患者の配偶者及び民法第877条第1項に規定する扶養義務者の個人番号は (裏) に記入し、書ききれない場合は別葉によること。
 3—5 (略)

様式第4号 (第5条関係)

感染症入院患者医療費公費負担申請書 (結核以外の患者用)

広島県知事 様

平成 _____年 月 日

申請者の氏名 _____ (印)
 申請者の住所 _____

 申請者の個人番号 _____
 患者との関係 _____

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条第1項の規定により、医療費公費負担を申請します。

| | | |
|------------------------------|-----------------------|--------------|
| (略) | | |
| 患者の生年月日 | 明・大・昭・平 _____年 月 日 | (略) |
| (略) | | |
| 高齢者の医療の確保に関する法律による医療の給付の受給資格 | 有 ・ 無 | ※ _____年 月から |
| 新感染症の該当の有無 | 有 ・ 無 | |
| (略) | | |

- 注 1 (略)
 2 申請者は、その氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
 3—5 (略)

(裏)

| 氏 名 | 患者との関係 | 個 人 番 号 |
|-----|--------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

様式第5号 (第5条関係)

(表)

| | | |
|-------------------|---------|------------------------------|
| 結核医療費公費負担申請書 | | |
| | | _____年 月 日 |
| 広島県知事 様 | | 申請者の氏名 _____ |
| (略) | | 申請者の住所 _____ |
| | | 申請者の個人番号 _____ |
| | | 患者との関係 _____ |
| (略) | | |
| (略) | 性別・生年月日 | 男 _____年 月 日 女 _____年 月 日 |
| (略) | | |
| 感染症法第39条第1項の該当の有無 | 有 . 無 | |
| (略) | | |
| _____年 月 日 | | 医療機関の所在地 _____ |
| | | 医療機関の名称 _____ |
| | | 医師の氏名 _____ |

注 1 (略)

2 患者の配偶者及び民法第877条第1項に規定する扶養義務者の個人番号は(裏)に記入し、書ききれない場合は別葉によること。

3—10 (略)

様式第5号 (第5条関係)

| | | |
|------------------------------|---------|--------------------------------------|
| 結核医療費公費負担申請書 | | |
| | | 平成 _____年 月 日 |
| 広島県知事 様 | | 申請者の氏名 _____ (印) |
| (略) | | 申請者の住所 _____ |
| | | 申請者の個人番号 _____ |
| | | 患者との関係 _____ |
| (略) | | |
| (略) | 性別・生年月日 | 男 明・大・昭・平 _____年 月 日 女 _____年 月 日 |
| (略) | | |
| 高齢者の医療の確保に関する法律による医療の給付の受給資格 | 有 . 無 | |
| | | ※ _____年 月 から ※ _____年 月 から |
| (略) | | |
| 平成 _____年 月 日 | | 医療機関の所在地 _____ |
| | | 医療機関の名称 _____ |
| | | 医師の氏名 _____ (印) |

注 1 (略)

2 申請者及び医師は、その氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。

3—10 (略)

様式第6号 (第6条関係)

感染症指定医療機関辞退届

年 月 日

広島県知事 様

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の開設者 住所
氏名

感染症指定医療機関としての指定を辞退したいので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第38条第10項の規定により届け出ます。

1 (略)

| | |
|-------|-------------|
| (略) | |
| | 結核指定医療機関 |
| _____ | 第一種協定指定医療機関 |
| _____ | 第二種協定指定医療機関 |

2・3 (略)

注 1 第一種若しくは第二種感染症指定医療機関又は第一種若しくは第二種協定指定医療機関にあつては辞退の日の1年前までに、結核指定医療機関にあつては辞退の日の30日前までに届け出ること。

2 (略)

様式第6号 (第6条関係)

感染症指定医療機関辞退届

平成 年 月 日

広島県知事 様

医療機関の所在地
医療機関の名称
医療機関の開設者 住所
氏名 ㊞

感染症指定医療機関としての指定を辞退したいので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第38条第8項の規定により届け出ます。

1 (略)

| | |
|-----|----------|
| (略) | |
| | 結核指定医療機関 |
| | |
| | |

2・3 (略)

注 1 第一種又は第二種感染症指定医療機関にあつては辞退の日の1年前までに、結核指定医療機関にあつては辞退の日の30日前までに届け出ること。

2 (略)

様式第8号 (第9条関係)

結核患者入院届

_____年 月 日

広島県 保健所長 様
(支所)

病院の名称
病院の所在地
病院管理者氏名

(略)

様式第8号 (第9条関係)

結核患者入院届

平成_____年 月 日

広島県 保健所長 様
(支所)

病院の名称
病院の所在地
病院管理者氏名

(略)

㊞

様式第9号 (第9条関係)

結核患者退院届

_____年 月 日

広島県 保健所長 様
(支所)

病院の名称
病院の所在地
病院管理者氏名

(略)

様式第9号 (第9条関係)

結核患者退院届

平成_____年 月 日

広島県 保健所長 様
(支所)

病院の名称
病院の所在地
病院管理者氏名

(略)

㊞

附 則

この規則は、公布の日から施行する。