福県医発第１２３号（地）
平成１６年　４月１６日

82
16. 4. 19

各　医　師　会　長　　殿

福岡県医師会
会長　竹　嶋　康　弘

ポリオ生ワクチン２次感染対策事業の実施について

春暖の候　貴職益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、標記の件につきまして、厚生労働省より通知がなされた旨、別紙のとおり福岡県保健福祉部より連絡がありましたので、お知らせいたします。

本件は、定期予防接種により、経口生ポリオワクチンの接種を受けた者に接触すること等により、ポリオウイルスに２次感染した者に対して、当面の間、法に基づく予防接種に生ワクチンを使用せざるを得ない現状を踏まえ、予防接種法の健康被害救済制度の趣旨にかんがみ、別紙「ポリオ生ワクチン２次感染対策事業実施要綱」に基づき、救済事業が実施されるものであります。

つきましては、貴職におかれましても、本件についてご了知いただきますようよろしくお願い申し上げます。

小郡三井医師会より　　**担当理事　蒲池　壽**

写

「公印省略」

１６健第２３号
平成１６年４月５日

福岡県医師会長　　殿

福岡県保健福祉部健康対策課長
（結　核　感　染　症　係）

ポリオ生ワクチン２次感染対策事業の実施について

保健福祉行政につきましては、平素より格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、標記のことについて厚生労働省より別添写しのとおり、通知がありましたのでお知らせいたします。

健発第０３３００１９号
平成１６年３月３０日

各｛都道府県知事／政令市市長／特別区区長｝殿

厚生労働省健康局長

ポリオ生ワクチン２次感染対策事業の実施について

予防接種法（昭和２３年法律第６８号）に基づく定期予防接種により、経口生ポリオワクチンの接種を受けた者に接触すること等により、ポリオウイルスに２次感染した者に対して、当面の間、法に基づく予防接種に生ワクチンを使用せざるを得ない現状を踏まえ、予防接種法の健康被害救済制度の趣旨にかんがみ、別紙「ポリオ生ワクチン２次感染対策事業実施要綱」に基づき、救済事業を実施することとしたので、内容について御了知いただくとともに、貴職より貴管内市町村長に対し周知していただき、その実施に遺漏なきよう特段の配慮をお願いする。

ポリオ生ワクチン２次感染対策事業実施要綱

第１　目　　的

予防接種法（昭和２３年法律第６８号。以下「法」という。）に基づく急性灰白髄炎（以下「ポリオ」という。）の定期予防接種によって経口生ポリオワクチン（以下「ポリオ生ワクチン」という。）の接種を受けた家族等に接触すること等により、極めて希ながらも、ポリオウイルスに２次感染した者に対して、当面の間、法に基づく予防接種に生ワクチンを使用せざるを得ない現状を踏まえ、法の健康被害救済制度の趣旨にかんがみ、医学的見地から調査を行い、救済事業を実施することを目的とする。

第２　実施主体

実施主体は、市町村（特別区を含む。以下同じ。）とする。

第３　対 象 者

この事業の対象者は、次に掲げる事項を全て満たし、法第３条の規定により行われた定期予防接種のうち、ポリオ生ワクチンの予防接種を受けた者からワクチン株のポリオウイルスに２次感染（ただし、野生株のポリオによる発症者が最後に報告された年である昭和５５年以降に感染したものに限る。以下「２次感染」という。）した者であって、当該２次感染により、疾病にかかり、障害の状態となり、又は死亡したとして、第４の３に定めるポリオ生ワクチン２次感染者対策検討会に認定された者とする。

一　発症前おおむね半年以内に同居の家族、又は、濃厚に接触したと認められる親族がポリオ生ワクチンによる定期の予防接種を受けていること。

二　発症前３５日以内にポリオ生ワクチンの予防接種を受けていないこと。

三　発症前３５日以内に野生株によるポリオ患者が発生している地域への渡航歴がないこと。

第４　実施方法

１　この事業は、２次感染したことにより、健康被害を有するに至ったとされる者又はその遺族等が、その原因となったポリオの定期予防接種の被接種者が、当該接種を受けた当時居住していた区域を管轄する市町村の長へ所定の申請をすることにより行うものとする。

２　前項の申請を受けた市町村の長は、申請に係る２次感染した者が、２次感染により疾病にかかり、障害の状態となり、又は死亡したとされる場合において、その疾病、障害又は死亡が当該２次感染によるものであるかを調査するために、予防接種健康被害調査委員会（以下「委員会」という。）を設け、当該事例について医学的な見地からの調査を行うものとする。

３　前項の調査を行った市町村は、申請書類並びに委員会により収集された資料及び調査報告をもとに厚生労働省へ判定の申出を行い、申出を受けた厚生労働省は、医学の専門家等により構成されるポリオ生ワクチン２次感染者対策検討会（以下「検討会」という。）を設置し、当該検討会が認定したときは、第５の規定に定めるところにより給付を行うものとする。

第５　給　　付

１　給付区分、対象

当事業により対象者に対して行う給付は、次の各号に掲げるとおりとし、それぞれ当該各号に定める者に対して行うものとする。

一　医療費及び医療手当

２次感染による疾病について医療を受ける者

二　特別手当

２次感染により障害の状態にある１８歳未満の者を養育する者、又は障害の状態にある１８歳以上の者

三　死亡一時金

２次感染により死亡した者の遺族

四　葬祭料

２次感染により死亡した者の葬祭を行う者

２　給付についての考え方

２次感染者に対する給付については、ポリオの定期予防接種を受ける者の保護者がポリオワクチンを接種したにもかかわらず、抗体保有率が低い年齢層である場合、保護者に対しても接種を受けることを推奨していること等にかんがみ、法に基づかない任意による予防接種によって健康被害を生じた者に対する取扱いとの公平性を維持する観点から、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成１４年法律第１９２号）における救済給付による給付額と同程度の額を支給するものとする。

３　給付の実施方法

当該給付は、法の健康被害に対する救済措置の例にならい、給付に要する費用は市町村が支弁するものとし、都道府県はその費用について厚生労働大臣が定める基準により算定した額の４分の３を負担し、国は都道府県の負担する額の３分の２を負担するものとする。

第６　事業年度

本事業の事業年度は、毎年４月１日から３月３１日までとする。

第７　秘密保持

この事業に従事する者は、対象者となるために申請し、又は既に対象者となっている者の氏名等これらの者の秘密に属することが外部に漏れないよう厳に注意を払わなければならないものとする。

第８　実施細則への委任

各項に規定するもののほか、事業の実施に関して必要な事項は、ポリオ生ワクチン２次感染対策事業実施細則で定める。

附　則

この実施要綱は、平成１６年４月１日から施行し、同日から適用する。

健感発第０３３０００４号
平成１６年３月３０日

各 { 都道府県 / 政令市 / 特別区 } 衛生主管部（局）長　殿

厚生労働省健康局結核感染症課長

ポリオ生ワクチン２次感染対策事業の実施について

標記については、本日、厚生労働省健康局長から通知されたところであるが、その実施にあたって別紙「ポリオ生ワクチン２次感染対策事業実施細則」を定めたので、内容について御了知いただくとともに、事業の実施主体である貴管内の市町村長に対し周知していただき、本事業の円滑な実施に遺漏なきよう特段の配慮をお願いする。

ポリオ生ワクチン２次感染対策事業実施細則

第１　総　　則

１　通則

ポリオ生ワクチン２次感染対策事業の実施については、ポリオ生ワクチン２次感染対策実施要綱（以下「実施要綱」という。）の定めるところによるほか、この細則の定めるところによる。

２　予防接種健康被害調査委員会

（１）実施要綱第４の２に規定する予防接種健康被害調査委員会（以下「調査委員会」という。）の任務については、市町村長からの指示によりワクチン株のポリオウイルスに２次感染（以下「２次感染」という。）したことによる健康被害の発生に際し、医学的見地からの調査を行うものとする。具体的には、実施要綱第３に掲げる対象者の認定に関する審査、疾病の状況及び診察内容に関する資料収集、第２から第６に定める各給付の支給の認定に関する審査及び必要と考えられる場合の特殊な検査又は剖検の実施についての助言等を行うものとする。

（２）このほか、調査委員会の運営に関して必要な事項は、予防接種法（以下「法」という。）による健康被害の救済措置の例による。

第２　医療費

１　支給要件

２次感染による疾病が病院又は診療所への入院治療を要する程度である場合に行われる当該疾病の治療に必要な程度の医療に対して給付を行うものとする。この場合において、疾病が入院治療を要する程度である場合とは、必ずしも入院治療が行われる場合に限定されるものではなく、これと同程度の疾病の状態にあると認められる場合であれば、諸事情からやむを得ず自宅療養を行っている場合等を含むこととする。

２　支 給 額

医療費の額は、次に掲げる医療に要した費用の額を限度とする。ただし、２次感染による疾病について予防接種法施行令第１０条第１項ただし書に定める法令の規定により医療に関する給付を受け、又は受けることができた場合には、当該医療に要した費用の額から当該医療に関する給付の額を控除した額とする。

一　診察
二　薬剤又は治療材料の支給
三　医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
四　居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
五　病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
六　移送

３　支給手続

（１）医療費を受けようとする者は、別紙１に定める医療費・医療手当申請書に次の書類を添えて、２次感染の原因となったポリオの定期予防接種の被接種者が、当該接種を受けた当時居住していた区域を管轄する市町村の長に提出するものとする。

一　２次感染の原因となった予防接種の被接種者の氏名及びその接種を受

けた年月日を証する書類

二　医療費の支給を受けようとする者の氏名、一の被接種者との接触歴（同居・別居の別等）及び続柄を証する書類

三　二において接触歴を別居とした場合、親族等に濃厚に接触したことを証する書類

四　疾病の発病年月日及びその症状を証する医師の作成した書面又は診療録の写し

五　医療機関又は薬局（以下「医療機関」という。）で作成された別紙２－１に定める受診証明書。ただし、厚生労働省が設けるポリオ生ワクチン２次感染者対策検討会（以下「対策検討会」という。）への判定申出には別紙２－２に定める受診証明書

（２）市町村長は、申請に係る疾病とポリオ生ワクチンとの因果関係について対策検討会の認定を受けるため、申請書と申請書の添付書類の写し並びに調査委員会の調査報告を添え、都道府県知事を経由して厚生労働省へ判定申出を行うものとする。

（３）厚生労働省は、対策検討会の意見の判定により申出に係る疾病のうち２次感染と因果関係にあると認められる疾病があるときは、当該疾病名を、２次感染と因果関係にあると認められる疾病がないときは、その旨を、都道府県知事を経由して市町村長に通知するものとする。

（４）通知を受けた市町村長は、支給を決定したときは、申請者にその旨を書面で通知するとともに、対策検討会によって認定された疾病名を記入した別紙８－１に定めるポリオ２次感染医療費該当証明書を送付する。不支給を決定したときは、申請者にその旨及びその理由を書面で通知するものとする。

（５）支給決定認定を受けた疾病について医療が継続して行われているときは、（１）に掲げる添付書類のうち一、二、三及び四は添付する必要がなく、また、（２）及び（３）の手順は必要ではない。

第３　医療手当

１　支給要件

（１）医療手当の支給の対象となる医療は、第２の１に定めるものと同様のものとする。

（２）同一日に医療機関で２回以上の医療を受けた場合であっても、医療手当の支給要件としての日数は、１日として計算するものであること。

２　支給額

（１）医療手当の支給額は、１月につき、次の区分に従い、当該区分に定める額とする。

一　その月において第２の２の一から四までに規定する医療を受けた日数が３日以上の場合　３５，９００円

二　その月において一に規定する医療を受けた日数が３日未満の場合　３３，９００円

三　その月において第２の２の五に規定する医療を受けた日数が８日以上の場合　３５，９００円

四　その月において三に規定する医療を受けた日数が８日未満の場合　３３，９００円

（２）同一の月において第２の２の一から四までに規定する医療と第２の２の五に規定する医療とを受けた場合にあっては、その月分の医療手当の額は、

（１）の規定にかかわらず、３５，９００円とする。

３　支給手続

（１）医療手当の支給を受けようとする者は、別紙１に定める医療費・医療手当申請書に医療費の申請の場合と同一の書類を添えて、２次感染の原因となった予防接種の被接種者が、当該予防接種を受けた当時居住していた区域を管轄する市町村長に提出するものとする。

なお、医療手当と同一月分の医療費が併せて判定申出されている場合は、医療手当についての書類の添付は、省略して差し支えないこととする。

（２）（１）に掲げる外、医療手当の支給手続については、第２の３に定める医療費の支給手続に準ずるものとする。

（３）同一月に医療費と医療手当の支給申請があるときは、同時に申請を行うよう申請者に対して指導するものとする。

第４　特別手当

ア　障害児の養育に対する特別手当

１　支給要件

障害児の養育に対する特別手当（以下「障害児養育特別手当」という。）は、１８歳未満の障害児を養育する者（以下「養育者」という。）に対して支給する。この場合における養育者とは、障害児を監護しているか否か、障害児と同居しているか否か、障害児の生計を維持しているか否か等を考慮して、社会通念上障害児を養育していると認めることができ、その者に支給することが障害児の救済という趣旨に適合すると考えられる者を指すものとする。また、「監護」とは、障害児の生活について通常必要とされる監督、保護を行っていると社会通念上考えられる主観的意思と客観的事実が認められることをいうものである。

２　支給額

（１）障害児養育特別手当の額は、次の各号に掲げる者の区分に従い、当該各号に定める額とする。

一　別表第１に定める１級の障害の状態にある者　　８５３，２００円

二　別表第１に定める２級の障害の状態にある者　　６８２，８００円

（２）障害児養育特別手当については、２次感染による障害に関し、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定による特別児童扶養手当又は障害児福祉手当が支給されているときであっても、同項に規定する額から支給される特別児童扶養手当又は障害児福祉手当の額を控除しないこととする。

３　支給手続

（１）障害児養育特別手当の支給を受けようとする者は、別紙３に定める障害児養育特別手当申請書に次の書類を添えて、２次感染の原因となったポリオの定期予防接種の被接種者が、当該接種を受けた当時居住していた区域を管轄する市町村の長に提出するものとする。

一　２次感染の原因となった予防接種の被接種者の氏名及びその接種年月日を証する書類

二　障害児の氏名、一の被接種者との接触歴（同居・別居の別等）及び続柄を証する書類

三　二において接触歴を別居とした場合、親族等に濃厚に接触したことを証する書類

四　障害児の障害の状態に関する医師の診断書

障害の状態に関する医師の診断書の様式については、別紙９によるもの

とする。

五　障害児が別表１に定める障害の状態に該当するに至った年月日及びワクチン株のポリオウイルスからの２次感染により障害の状態になったことを証明することができる医師の作成した書面又は診療録の写し

六　障害児の属する世帯全員の住民票の写し

七　障害児を養育することを明らかにすることができる書類

（２）厚生労働大臣は、市町村長に対して因果関係の認否、等級及び障害の状態に至った年月日を通知するものとする。

（３）市町村長が支給決定をしたときは、別紙８－２に定めるポリオ２次感染者障害児養育特別手当該当証明書に所要の記載を行い申請者宛送付すること。

（４）（１）から（３）に掲げるもののほか、障害児養育特別手当の支給手続については、第２の３に定める医療費の支給手続に準じるものとすること。

４　支給期間等

障害児養育特別手当の支給期間は、支給すべき事由が生じた日の属する月の翌月から支給すべき事由が消滅した日の属する月までであり、その支払は、１月、４月、７月及び１０月の４期に行うこととする。

５　支給額の変更

（１）障害の状態に変更があったため、新たに別表１に定める他の等級に該当することとなった場合においては、支給額の変更の申請及び障害の状態の変更を、現に手当てを支給している市町村の長に届け出ることにより、新たに該当するに至った等級に応ずる額を支給することとする。

（２）既に障害児養育特別手当の支給を受けており、養育している障害児の障害の程度が増進し、その受けている障害児養育特別手当の額の変更の申請をしようとする者は、別紙４に定める特別手当変更申請書に次に掲げる書類を添えて市町村の長に提出するものとする。

一　障害の状態に関する医師の診断書

二　障害児が別表第１に定める他の等級に該当するに至った年月日を証明することができる医師の作成した書面又は診療録の写し

（３）（２）のほか、額の変更のための手続については、３の（２）から（４）までに定める支給手続に準ずるものとする。

イ　１８歳以上の障害者に対する特別手当

１　支給要件

１８歳以上の障害者に対する特別手当（以下「障害者特別手当」という。）は、別表第２に定める程度の障害の状態にある１８歳以上の者に対して支給する。

２　支給額

（１）障害者特別手当の額は、次の各号に掲げる者の区分に従い、当該各号に定める額とする。

一　別表第２に定める１級の障害の状態にある者　２，７２８，８００円

二　別表第２に定める２級の障害の状態にある者　２，１８２，８００円

（２）障害者特別手当については、２次感染による障害に関し、福祉手当又は国民年金法の規定による障害福祉年金が支給されているときであっても、同項に規定する額から支給される福祉手当又は障害福祉年金の額を控除しないものとする。

３　支給手続

（１）障害者特別手当の支給を受けようとする者は、別紙５に定める障害者特

別手当申請書に次に掲げる書類を添えて、２次感染の原因になったポリオの定期予防接種の被接種者が、当該接種を受けた当時居住していた区域を管轄する市町村の長に提出するものとする。

一　２次感染の原因となったポリオの定期予防接種の被接種者の氏名及びその接種年月日を証する書類

二　障害者の氏名、一の被接種者との接触歴（同居・別居の別等）及び続柄を証する書類

三　二において接触歴を別居とした場合、親族等に濃厚に接触したことを証する書類

四　障害者の障害の状態に関する医師の診断書

障害の状態に関する医師の診断書の様式については、別紙９によるものとする。

五　障害者が別表２に定める障害の状態に該当するに至った年月日及びワクチン株ポリオウイルスからの２次感染により障害の状態になったことを証明することができる医師の作成した書面又は診療録の写し

（２）厚生労働大臣は、市町村長に対して因果関係の認否、等級及び障害の状態に至った年月日を通知するものとする。

（３）市町村長が支給決定をしたときは、別紙８－３に定めるポリオ２次感染者障害者特別手当該当証明書に所要の記載を行い、申請者宛て送付するものとする。

（４）（１）から（３）に掲げるもののほか、障害者特別手当の支給手続については、第２の３に定める医療費の支給手続に準じるものとする。

４　支給期間等

障害者特別手当の支給期間は、支給すべき事由が生じた日の属する月の翌月から支給すべき事由が消滅した日の属する月までであり、その支払は、１月、４月、７月及び１０月の４期に行うこととする。

５　額の変更

（１）障害の状態に変更があったため、新たに別表２に定める他の等級に該当することとなった場合においては、支給額の変更の申請及び障害の状態の変更を、現に手当てを支給している市町村の長に届け出ることにより、新たに該当するに至った等級に応ずる額を支給することとする。

（２）既に障害者特別手当の支給を受けており、その障害の程度が増進し、支給額の変更の申請しようとする者は、別紙４に定める特別手当変更申請書に、次に掲げる書類を添えて市町村の長に提出するものとする。

一　障害の状態に関する医師の診断書

二　障害者が別表第２に定める他の等級に該当するに至った年月日を証明することができる医師の作成した書面又は診療録の写し

（３）（２）のほか、額の変更のための手続については、３の（２）から（４）までに定める支給手続に準ずるものとする。

第５　死亡一時金

ア　死亡した者が生計維持者であった場合の遺族に対する一時金

１　支給要件

（１）２次感染したことにより死亡した者が、一家の生計維持者であった場合には、その者の遺族に対して、生活の立て直し等を目的として、死亡した者が生計維持者であった場合の遺族に対する一時金（以下「生計維持者死亡一時金」という。）を支給するものとする。

（２）前項における遺族とは、死亡した者の配偶者（届け出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。以下同じ。）、子（死亡の当時、胎児であった者を含む。以下同じ。）、父母、孫、祖父母及び兄弟姉妹のことをいう。

（３）（１）における生計維持とは、２次感染したことにより死亡した当時、死亡した者によって生計を維持していたものであり、その取扱いについては、次に定めるとおりとする。

一　２次感染により死亡した者の経済的役割からみて生計維持に該当するか否か、個々の事例についての判断を必要とする。

二　死亡した者の収入によって日常の消費生活活動の全部又は一部を営んでおり、死亡者の収入がなければ通常の生活水準を維持することが困難となるような関係が常態である者については、死亡した者によって生計を維持しているものと解して差し支えないこととする。

三　生計維持を認めるに当たっての死亡した者の収入については、必ずしも死亡した者本人の資産又は所得である必要はなく、その者が家計を別にする他の者から仕送りを受け、又は公的社会保障給付を受けている場合、更に、本措置の給付を受けている場合についても、それをその者の収入として取り扱って差し支えないこととする。

（４）生計維持者死亡一時金を受けることができる遺族の順位は、（２）において規定する順序による。

（５）２次感染により死亡した者の死亡前にその者の死亡によって死亡一時金を受けることができる先順位又は同順位となるべき者を故意に死亡させた者及び死亡一時金を受けることができる先順位又は同順位の者を故意に死亡させた者は、死亡一時金を受けることができる遺族としないこととする。

２　支給額

（１）生計維持者死亡一時金の額は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構法（平成１４年法律第１９２号。以下「機構法」という。）における遺族年金の額の範囲内で、厚生労働大臣が必要と認めた額とする。

（２）生計維持者死亡一時金を受けることができる同順位の遺族が２人以上ある場合における各人の額は、（１）の額をその人数で除して得た額とする。

３　支給手続

生計維持者死亡一時金の支給を受けようとする者は、別紙６－１に定める死亡一時金申請書に次に掲げる書類を添えて、２次感染の原因になったポリオの定期予防接種の被接種者が、当該接種を受けた当時居住していた区域を管轄する市町村の長に提出するものとする。

一　２次感染の原因となった予防接種の被接種者の氏名及びその接種年月日を証する書類

二　死亡した者の氏名、一の被接種者との接触歴（同居・別居の別等）及び続柄を証する書類

三　二において接触歴を別居とした場合、親族等に濃厚に接触したことを証する書類

四　死亡した者に係る死亡診断書その他死亡を証する書類

五　２次感染により死亡したことを証明することができる医師の作成した書面

六　請求者と死亡した者との身分関係を明らかにすることができる戸籍の謄本又は抄本

七　請求者が死亡した者と内縁関係にあった場合は、その事実に関する当

事者（内縁関係にあった夫又は妻）、双方の父母、その他尊属、媒酌人若しくは、民生委員等の証明書又は内縁関係にあったと認められる通信書その他の書面

八　請求者が死亡した者の死亡の当時その者によって生計を維持していたことを証明することができる住民票の写し及び所得税源泉徴収証明書等の収入の状況を示す書類

九　一から八のほか、第２の３に定める医療費の支給手続に準じるもの

4　申請の期限

生計維持者死亡一時金の申請の期限は、２次感染により死亡した者が当該２次感染による疾病又は障害について、医療費、医療手当又は特別手当の支給があった場合には、その死亡の時から２年、それ以外の場合には、その死亡の時から５年とする。

イ　死亡した者が生計維持者でなかった場合の遺族に対する一時金

1　支給要件

（1）２次感染により死亡した者が一家の生計維持者でなかった場合には、胎児の有無を含めて、生計維持者死亡一時金を受けることができる遺族がいないことを確認したうえで、その遺族に対する見舞等を目的として、死亡した者が生計維持者でなかった場合の遺族に対する一時金（以下「非生計維持者死亡一時金」という。）を支給するものとする。

（2）非生計維持者死亡一時金を受けることができる順位は、アの１の（3）に規定する順序によるものとする。ただし、配偶者以外の者にあっては、２次感染により死亡した者の死亡の当時、その者と生計を同じくしていた者に限るものとする。

（3）（2）に定める遺族のうち、配偶者以外の者については生計を同じくしていたとは、死亡した者と、その遺族との間に生活の一体性があったことをいうものであり、必ずしも同居を必要とするものではないこととする。

（4）非生計維持者死亡一時金の申請があった場合は、当該請求者が第５のアの（2）の規定により遺族の範囲から除外されている者でないこと及び胎児の有無も含め当該申請者より先順位の非生計維持者死亡一時金を受けることができる遺族がいないことを確認しなくてはならない。

2　支給額

（1）非生計維持者死亡一時金の額は、７，１６０，４００円とする。

（2）非生計維持者死亡一時金を受けることができる同順位の遺族が２人以上ある場合における各人の額は、前項の額をその人数で除して得た額とする。

3　支給手続

非生計維持者死亡一時金の支給を受けようとする者は、別紙６－１に定める死亡一時金申請書に次に掲げる書類を添えて、死亡した者の２次感染の原因となったポリオの定期予防接種の被接種者が、当該接種を受けた時居住していた区域を管轄する市町村の長に提出するものとする。

一　第５のアの３の一から七に掲げる書類

二　申請者が、死亡した者の配偶者以外の場合は、死亡した者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたことを明らかにすることができる住民票等の書類

三　一及び二のほか、第２の３に定める医療費の支給手続に準じるもの

4　申請の期限

非生計維持者死亡一時金の申請の期限は、２次感染により死亡した者が当

該２次感染による疾病又は障害について、医療費、医療手当又は障害年金の支給があった場合には、その死亡の時から２年、それ以外の場合には、その死亡の時から５年とする。

第６　葬祭料の支給

１　支給要件

２次感染により死亡した者の葬祭を行う場合、葬祭を行う者に対して葬祭料を支給するものとする。この場合において、葬祭を行う者とは、現実に葬祭を行う者をいい、葬祭を２人以上の者が行うときは、そのうちの主として葬祭を行う者に対し支給するものとする。また、葬祭を行う者は、死亡した者の遺族に限定されるものではなく、死亡した者に遺族がいるにもかかわらず、遺族以外の者から葬祭料が請求された場合には、当該請求者が、葬祭を行う者であることを確認したうえで支給するものとする。

２　支 給 額

葬祭料の額は、１９３，０００円とする。

３　支給手続

葬祭料の支給を受けようとする者は、別紙７に定める葬祭料申請書に次に掲げる書類を添えて、死亡した者の２次感染の原因となったポリオの定期予防接種の被接種者が、当該接種を受けた当時居住していた区域を管轄する市町村の長に提出するものとする。

一　第５のイの３の一に掲げる書類。ただし、同時に死亡一時金の申請がなされている場合には、葬祭料についての資料の添付は省略して差し支えないものとする。

二　請求者が死亡した者について葬祭を行う者であることを明らかにすることができる埋葬許可証の写し等の書類

三　一及び二のほか、第２（３）に定める医療費の支給に準ずるもの

第７　給付に関するその他の事項

１　診断及び報告

市町村長は、特別手当の支給に関し、特に必要があると認めるときは、給付の対象となる障害児及び障害者（以下「特別手当受給者等」という。）に対して、医師の診断を受けるべきことを命じ、又は必要な報告を求めることができるものとする。特別手当受給者等が、正当な理由がなくてこの命令に従わず、又は報告をしないときは、市町村長は、特別手当の給付を一時差し止めることができるものとする。

２　氏名又は住所の変更等の届出

特別手当の受給者は、氏名又は住所を変更した場合及び特別手当の支給要件に該当しなくなった場合には速やかに、当該特別手当の給付を行う市町村の長にその旨を記載した届書を提出しなければならないものとする。その際、以下の場合には、それぞれ掲げる事項を届書に記載するとともに、所要の書類を添えなければならないものとする。

一　氏名を変更した場合は、変更前及び変更後の氏名並びに戸籍の抄本

二　住所を変更した場合は、変更前及び変更後の住所地並びに変更の年月日並びに住民票の写し

三　特別手当の支給要件に該当しなくなった場合はその年月日及び理由

３　特別手当受給者の死亡の届出

特別手当受給者等が死亡したときは、戸籍法の規定による死亡の届出義務

者は、速やかに、その死亡した者の氏名及び死亡した年月日を記載した届書にその死亡の事実を証する書類を添えて、当該特別手当の給付を行っていた市町村長に提出しなければならないものとする。

4　他の救済制度との調整

対象者の疾病、障害又は死亡について、既に法又は機構法により給付を受けている場合においては、当該申請は、本事業による給付の対象とならない。

附　則

この実施細則は、平成１６年４月１日から施行し、同日から適用する。

別紙1

医療費・医療手当申請書（ポリオ2次感染）

① ふりがな 氏名		男 女	② 生年月日	年　月　日	
③ 現住所			④ 世帯主 氏名		続柄
2次感染の原因となった予防接種	⑤被接種者氏名	男 女	⑥ 実施年月日	年　月　日	
	⑦ 実施者		⑧ 実施場所		
	⑨ 居住地		⑩ 生年月日	年　月　日	
⑪ 医療保健等の種類		健保、国保、その他（　　）	⑫ 被保険者本人（組合員本人）被扶養者の別	本人　被扶養者	
⑬ 医療を受けた医療機関の名称及び所在地					

⑭ 医療を受けた日数		月分	月分	月分	
	入院外診療実日数	日	日	日	
	入院日数	日	日	日	

⑮ 看護移送等についてはその内容	
⑯ 患者負担額	ポリオ2次感染医療費
	円
	内訳

特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	円

⑰ 医療手当請求額	円

上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染によるとされる疾病について医療費・医療手当の支給を受けたく、必要書類を添えて申請します。

平成　年　月　日

申請者氏名

市　町　村　長　殿

（日本工業規格A列4番）

（注意）

1　①～③欄は、2次感染によるとされる疾病について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。

2　④の欄は、1の医療を受けた者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入して下さい。

3　⑤～⑩の欄は、2次感染の原因とされる予防接種について、次のように記入して下さい。

(1)　「⑤被接種者氏名」は、①に記入した者の2次感染の原因とされる予防接種を受けた者の氏名及び性別を記入して下さい。

(2)　「⑥実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。

(3)　「⑦実施者」は、当該予防接種の実施に当たった市区町村長（原因となった接種を受けた当時の被接種者の居住地の市区町村長になります）等の名称を記入して下さい。市区町村長等以外で受けたときは（　）の中にその医療機関の名称を記入して下さい。

(4)　「⑧実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入して下さい。

(5)　「⑨居住地」は、当該予防接種を受けた当時の被接種者の居住地を記入して下さい。

(6)　「⑩生年月日」は、当該予防接種を受けた者の生年月日を記入して下さい。

4　⑪及び⑫は①に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入して下さい。

(1)　⑪の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」でかこみ、その他に該当するときは、（　）に種類を記入して下さい。

(2)　⑫の欄は、①に記入した者が被保険者又は組会員本人であるか、被扶養者であるかの別を「○」でかこんで下さい。

5　⑬の欄は、請求に係る疾病について医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入して下さい。

6　⑭の欄は、医療手当の調査依頼に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療日数別に記入して下さい。

7　⑮の欄は、看護、移送を行った時は、その状況及び医療保険で当該給付を受けたか否かの別を記入して下さい。

8　⑯のポリオ2次感染医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分（医療保険の対象とならない医療費）及び医療保険等の自己負担相当額を記入して下さい。

9　⑰の欄は、医療手当の請求額を記入して下さい。

10　医療手当のみの請求の場合は、⑪、⑫、⑮及び⑯の欄の記載は不要です。

別紙2－1

受診証明書（ポリオ2次感染）

① ふりがな 氏名		男 女	② 生年月日	年　月　日
③ 現住所				
④ ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染よる疾病の名称				

⑤				
医療を受けた日数		月分	月分	月分
	入院外診療実日数	日	日	日
	入院日数	日	日	日

⑥				
患者負担額	ポリオ2次感染医療費			
	円			
	内訳			
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	円

上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染による疾病について医療を行ったことを証明します。

平成　年　月　日

医療機関の名

所在地

開設者の氏名　　㊞

（日本工業規格A列4番）

（注意）

1　ポリオ2次感染者医療費該当証明書により認定疾病名を確認のうえ記入して下さい。

2　①～③欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染による疾病（認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。）について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。

3　④の欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染による疾病名を記入して下さい。

4　⑤の欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染による疾病について医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入して下さい。

5　⑥のポリオ2次感染医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分（医療保険等の対象とならない医療費）及び医療保険等の自己負担相当額を記入して下さい。

別紙2－2

受診証明書（ポリオ2次感染認定申請用）

① ふりがな 氏名		男 女	② 生年月日	年　月　日
③ 現住所				
④ 疾病名				

⑤					
医療を受けた日数		月分	月分	月分	
	入院外診療実日数	日	日	日	
	入院日数	日	日	日	

⑥				
患者負担額	医療費			
	円			
	内訳			
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	円

上記のとおり、医療を行ったことを証明します。

平成　年　月　日

医療機関の名

所在地

開設者の氏名　　㊞

（日本工業規格A列4番）

（注意）

1　この受診証明書は、厚生労働省の検討会へのポリオ2次感染調査依頼手続のためのものです。

2　①～③欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。

3　④の欄は、疾病名を記入して下さい。

4　⑤の欄は、疾病について医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入して下さい。

5　⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分（医療保険の対象とならない医療費）及び医療保険等の自己負担相当額を記入して下さい。

別紙3

障害児養育特別手当申請書（ポリオ2次感染）

① ふりがな 氏名		男 女	② 生年月日	年　月　日	
③ 現住所			④ 障害児との関係		
⑤ 障害児氏名		男 女	⑥ 生年月日	年　月　日	
2次感染の原因となった予防接種	⑦被接種者氏名	男 女	⑧ 実施年月日	年　月　日	
	⑨ 実施者		⑩ 実施場所		
	⑪ 居住地		⑫ 生年月日	年　月　日	
⑬ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日	年　月　日		⑭ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地		
⑮ 経過及び障害の現況					
⑯ 障害該当年月日	年　月　日				
⑰ 施設収容の有無及び施設名	有・無　期間　年　月から　年　月まで 施設名				

上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染によるとされる障害について、障害児養育特別手当の支給を受けたく、必要書類を添えて申請します。

平成　年　月　日

申請者氏名

市　町　村　長　殿

（日本工業規格A列4番）

（注意）

1　①～④の欄は、申請者（養育者）の氏名、性別、生年月日、現住所及び障害児との関係を記入して下さい。

2　⑤及び⑥の欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染により障害を負ったとされる児の氏名、性別及び生年月日を記入して下さい。

3　⑦～⑫の欄は、2次感染の原因とされる予防接種について次のように記入して下さい。

(1)　「⑦被接種者氏名」は、障害児の2次感染の原因とされる予防接種を受けた者の氏名及び性別を記入して下さい。

(2)　「⑧実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。

(3)　「⑨実施者」は、当該予防接種の実施に当たった市区町村長（原因となった予防接種を受けた当時の被接種者の居住地の市区町村長になります）等の名称を記入して下さい。市区町村長等以外で受けたときは、（　）の中にその医療機関の名称を記入して下さい。

(4)　「⑩実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入して下さい。

(5)　「⑪居住地」は、当該予防接種を受けた当時の被接種者の居住地を記入して下さい。

(6)　「⑫生年月日」は、当該予防接種を受けた者の生年月日を記入して下さい。

4　⑬及び⑭の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入して下さい。

5　⑮の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入して下さい。

6　⑯の欄は、障害の状態となった年月日を記入して下さい。

7　⑰の欄は、重症心身障害者施設等の施設に入所している場合には、「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんで下さい。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入して下さい。

別紙4

特別手当変更申請書（ポリオ2次感染）

① ふりがな 氏名		男 女	② 生年月日	年　月　日
③ 現住所				
④ 現に支給を受けている特別手当	（等　級）　級 （該当証明書番号）			
⑤ 他の等級への該当年月日	年　月　日			
⑥ 障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況				

上記のとおり、特別手当の額を変更されたく、必要書類を添えて申請します。

平成　年　月　日

申請者氏名

市　町　村　長　殿

（日本工業規格A列4番）

（注意）

1　①～③の欄は、特別手当の対象者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。

2　④の欄は、現に支給を受けている特別手当について、障害等級及び特別手当該当証明書番号を記入して下さい。

3　⑤の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入して下さい。

4　⑥の欄は、障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入して下さい。

別紙5

障害者特別手当申請書（ポリオ2次感染）

① ふりがな 氏名		男 女	② 生年月日	年　月　日	
③ 現住所			④ 世帯主 氏名		続柄
2次感染の原因となった予防接種	⑤被接種者氏名		男 女	⑥ 実施年月日	年　月　日
	⑦ 実施者			⑧ 実施場所	
	⑨ 居住地			⑩ 生年月日	年　月　日
⑪ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日	年　月　日		⑫ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地		
⑬ 経過及び障害の現況					
⑭ 障害該当年月日	年　月　日				
⑮ 施設収容の有無及び施設名	有 ・ 無	期間　年　月から　年　月まで 施設名			

上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染によるとされる障害について、障害者特別手当の支給を受けたく、必要書類を添えて申請します。

平成　年　月　日

申請者氏名

市　町　村　長　殿

（日本工業規格A列4番）

（注意）

1　①～③の欄は、2次感染により障害を負ったとされる者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。

2　④の欄は、①に記入した者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入して下さい。

3　⑤～⑩の欄は、2次感染の原因とされる予防接種について次のように記入して下さい。

(1)　「⑤被接種者氏名」は、2次感染の原因とされる予防接種を受けた者の氏名を記入して下さい。

(2)　「⑥実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。

(3)　「⑦実施者」は、実施に当たった市区町村長（原因となった予防接種を受けた当時の被接種者の居住地の市区町村長になります）等の名称を記入して下さい。市区町村長等以外で受けたときは、（　）の中にその医療機関の名称を記入して下さい。

(4)　「⑧実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入して下さい。

(5)　「⑨居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入して下さい。

(6)　「⑩生年月日」は、当該予防接種を受けた者の生年月日を記入して下さい。

4　⑪及び⑫の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入して下さい。

5　⑬の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入して下さい。

6　⑭の欄は、障害の状態となった年月日を記入して下さい。

7　⑮の欄は、重症心身障害者施設等の施設に入所している場合には、「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんで下さい。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入して下さい。

別紙6－1

死亡一時金申請書（ポリオ2次感染）

① ふりがな 氏名		男 女	② 生年月日	年　月　日	
③ 現住所					
④ 死亡者との身分関係					
⑤ 死亡者氏名		男 女	⑥ 生年月日	年　月　日	
2次感染の原因となった予防接種	⑦被接種者氏名		⑧ 実施年月日	年　月　日	
	⑨ 実施者		⑩ 実施場所		
	⑪ 居住地		⑫ 生年月日	年　月　日	
⑬ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日	年　月　日		⑭ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地		
⑮ 経過					
⑯ 死亡年月日	年　月　日		⑰ 死亡の当時診療を受けていた医療機関の名称及び所在地		
⑱ 施設収容の有無及び施設名	有・無　期間　年　月から　年　月まで 施設名				

⑲ 遺族の状況

氏名	生年月日	⑤の死亡者との身分関係	現住所
	・　・		
	・　・		
	・　・		
	・　・		

⑳ 死亡者と請求者との生計維持関係	1 同居 2 同居していない	死亡者が請求者の生活費を〔1 全額負担　2 一部負担　3 負担なし〕
	その他参考となる事項：	
㉑ 特別手当受給の有無	有（　年　月から　年　月まで）・無	

上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染によるとされる死亡について死亡一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて申請します。

平成　年　月　日

申請者氏名

市町村長殿

（日本工業規格A列4番）

（注意）

1　①～③の欄は、申請者（遺族）の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。

2　④の欄には、夫、妻などの①に記入した者と死亡者との具体的関係を記入して下さい。

3　⑤及び⑥の欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染が原因となり死亡したとされる者の氏名、性別及び生年月日を記入して下さい。

4　⑦～⑪の欄は、2次感染の原因とされる予防接種について次のように記入して下さい。

(1)　「⑦被接種者氏名」は、2次感染の原因とされる予防接種を受けた者の氏名を記入して下さい。

(2)　「⑧実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。

(3)　「⑨実施者」は、実施に当たった市区町村長（原因となった予防接種を受けた当時の被接種者の居住地の市区町村長になります）等の名称を記入して下さい。市区町村長等以外で受けたときは、（　）の中にその医療機関の名称を記入して下さい。

(4)　「⑩実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入して下さい。

(5)　「⑪居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入して下さい。

(6)　「⑫生年月日」は、当該予防接種を受けた者の生年月日を記入して下さい。

5　⑬及び⑭の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及びその所在地を記入して下さい。

6　⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入して下さい。

7　⑯及び⑰の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際受けていた医療機関の名称及び所在地を記入して下さい。

8　⑱の欄は、重症心身障害者施設等の施設に入所している場合には、「有」を、施設に入所して居ない場合には「無」を「○」でかこんで下さい。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入して下さい。

9　⑲の欄は、死亡者の遺族の状況を記入して下さい。

10　⑳の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに〔　〕内の該当するものを「○」でかこんで下さい。
　また、その他参考となる事項があれば記入して下さい。

11　㉑ の欄は、死亡した者の特別手当の受給の有無について記入して下さい。
　また、支給を受けていた場合は、その支給を受けていた期間を記入して下さい。

12　支給を受けるべき者が2人以上あるときは連名で請求するようにして下さい。

別紙7

葬祭料申請書（ポリオ2次感染）

<table>
<tr><td colspan="2">①　ふりがな
氏名</td><td></td><td>男
女</td><td>②
生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">③
現住所</td><td colspan="3"></td><td>④ 死亡した者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">⑤
死亡者氏名</td><td></td><td>男
女</td><td>⑥
生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">2次感染の原因となった予防接種</td><td>⑦被接種者氏名</td><td></td><td colspan="2">⑧ 実施年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>⑨
実施者</td><td></td><td colspan="2">⑩
実施場所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>⑪
居住地</td><td></td><td colspan="2">⑫
生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑬ 当該疾病病につき初めて診療を受けた年月日</td><td>年　月　日</td><td colspan="2">⑭ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">⑮
経過</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">⑯
死亡年月日</td><td>年　月　日</td><td colspan="2">⑰ 死亡の当時診療を受けていた医療機関の名称及び所在地</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">⑱ 申請者が葬祭を行う年月日又は行った年月日</td><td colspan="5">年　月　日</td></tr>
</table>

上記のとおり、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染によるとされる死亡について、葬祭料の支給を受けたく、必要書類を添えて申請します。

平成　年　月　日

申請者氏名

市　町　村　長　殿

（日本工業規格A列4番）

（注意）

1　①～③の欄は、葬祭を行う者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入して下さい。

2　④の欄は、①に記入した者と死亡者との関係を記入して下さい。

3　⑤及び⑥の欄は、ワクチン株ポリオウイルスからの2次感染が原因となり死亡したとされる者の氏名、性別及び生年月日を記入して下さい。

4　⑦～⑩の欄は、2次感染の原因となった予防接種について次のように記入して下さい。

(1)　「⑦被接種者氏名」は、2次感染の原因とされる予防接種を受けた者の氏名を記入して下さい。

(2)　「⑧実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。

(3)　「⑨実施者」は、実施に当たった市区町村長（受けた当時の居住地の市区町村長となります）等の名称を記入して下さい。市区町村長等以外で受けたときは、（　）の中にその医療機関の名称を記入して下さい。

(4)　「⑩実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入して下さい。

(5)　「⑪居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入して下さい。

(6)　「⑫生年月日」は、当該予防接種を受けた者の生年月日を記入して下さい。

5　⑬及び⑭の欄は、死亡した原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及びその所在地を記入して下さい。

6　⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入して下さい。

7　⑯及び⑰の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際受けていた医療機関の名称及び所在地を記入して下さい。

8　⑱の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入して下さい。

別紙8－1

ポリオ2次感染者　医療費該当証明書　　No.＿＿＿＿＿＿

住所

氏名

平成　　年　　月　　日　生

（男　女）

認定疾病名

上記の者及び認定疾病名は、予防接種法によるポリオの予防接種からの2次感染者として認定疾病に対する医療費の支給を受けるものであることを証明します。

平成　　年　　月　　日　都道府県　　郡

市町村長　　印

別紙8－2

ポリオ2次感染者　障害児養育特別手当該当証明書　　No.＿＿＿＿＿＿

養育者氏名　　続柄

住　　所

障害児氏名　　平成　　年　　月　　日　生

（男　女）

障害認定日　　平成　年　　月　　日　生

等　　級　　級

年 金 額　　円　　支給開始年月　　年　　月

上記とおり、予防接種法によるポリオの予防接種からの2次感染者として、障害児養育特別手当の支給を受けるものであることを証明します。

平成　　年　　月　　日　都道府県　　郡

市町村長　　印

別紙8－3

ポリオ2次感染者　障害者特別手当該当証明書　　No.

氏　　名　　平成　　年　　月　　日　生

住　　所　　（男　女）

障害認定日　　平成　年　　月　　日　生

等　　級　　級

年 金 額　　円　　支給開始年月　　年　　月

年 金 額　　円　　改 訂 年 月　　年　　月

上記とおり、予防接種法によるポリオの予防接種からの2次感染者として、障害者特別手当の支給を受けるものであることを証明します。

平成　　年　　月　　日　都道府県　　郡

市町村長　　印

別紙9

診　断　書

氏　名		生　年　月　日	年　月　日生	男・女
就労状況	就労場所	1なし　2授産施設　3小規模作業所　4あり（具体的に）（　　）　5その他（　　）		
	就労能力	1障害のために就労できない　2障害のために就労に高度の制限をうけている　3障害のために就労に制限をうけている　4就労にはほとんど制限をうけない		

注　Ⅰ、Ⅱ及びⅢが同一医師により診断される場合は共通する項目については重複して記入する必要はありません

Ⅰ　精神神経障害の程度

診　断　名		
精神の症状又は状態像	（易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他）	てんかん発作（けいれん発作） なし あり（　回／年　月　週　日） ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他（　　）
身体所見（神経学的検査所見を含む）		
知能障害の状態	判定（正常、境界線、経度、中度、重度、最重度）テスト方式（　）テスト不能 知能指数又は発達指数（IQ・DQ　　）精神年齢（MA）	
日常生活状況　日常生活能力	日常生活能力の判定（該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと） 喫食（ひとりでできる　介助があればできる　できない） 食事の用意後片付け（ひとりでできる　介助があればできる　できない） 用便（月経）の始末（ひとりでできる　介助があればできる　できない） 入浴・洗面・着衣（ひとりでできる　介助があればできる　できない） 簡単な買物（ひとりでできる　介助があればできる　できない） 家族との話（通じる　少しは通じる　通じない） 家族以外の者との話（通じる　少しは通じる　通じない） 刃物・火事の危険（わかる　少しはわかる　わからない） 火気の使用（ひとりでできる　介助があればできる　できない） 戸外での危険（交通事故等）から身を守る（守れる　不十分ながら守れる　できない） 乗り物を利用した外出（ひとりでできる　介助があればできる　できない） 電話の応待（できる　少しはできる　できない） その他	
日常生活の介助指導の必要度	1　極めて手数のかかる介助を必要とする 2　比較的簡単な介助と生活指導を必要とする 3　生活指導を必要とする　4　生活指導の必要がない	
現在行っている治療		
症状のよくなる見込		
その他特記すべき事項		

上記のとおり診断しました。

年　月　日

居住地又は勤務先

医師氏名　　印

※患者の身体状況等について、本人の申立書等があれば添付のこと。

Ⅱ　運動障害の程度

診断名				
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類方向	自動的可能度	他動的可能度
歩行（平地）	可　能（　　km）　つたい歩き可能　　不　能			
起立位	可　能　　不　能			
座位	正座　横座　あぐら　脚をなげ出して　うずくまる　不能			
下肢長	右　　cm　　左　　cm			
握力	右　　kg　　左　　kg			
運動麻痺	右　　右 上肢　　下肢 左　　左 弛緩性　痙性　不随性　強剛　しんせん　失調			
その他運動障害	（巧遅性、スピード等）			
日常生活状況	日常生活能力の判定（該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと） 食　　事（ひとりででききる　介助があればできる　できない） 用便の始末（ひとりででききる　介助があればできる　できない） 入浴・洗面（ひとりででききる　介助があればできる　できない） 着　　衣（ひとりででききる　介助があればできる　できない） そ　の　他			
現在行っている治療				
症状のよくなる見込				
その他特記すべき事項				

上記のとおり診断しました。

年　月　日

居住地又は勤務先

医師氏名　　印

Ⅲ　その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼言語機能障害等)	
診　　断　　名	
障害の状態及び検査所見	
日　常　生　活　状　況	
現在行っている治療	
症状のよくなる見込	
その他特記すべき事項	

上記のとおり診断しました。

年　月　日

居住地又は勤務先

医師氏名　　印

別表１

障害児養育年金　等級表

等　級	障害の状態
１　級	１．両眼の視力の和が0.02以下のもの ２．両耳の聴力が、耳殻に接して大声による話をしてもこれを解することができない程度のもの ３．両上肢の機能に著しい障害を有するもの ４．両下肢の用を全く廃したもの ５．体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの ６．前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの ７．精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの ８．身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
２　級	１．両眼の視力の和が0.08以下のもの ２．両耳の聴力が、耳殻に接して大声による話をした場合においてのみこれを解することができる程度のもの ３．平衡機能に著しい障害を有するもの ４．咀嚼（そしゃく）又は言語の機能に著しい障害を有するもの ５．一上肢の機能に著しい障害を有するもの ６．一下肢の機能に著しい障害を有するもの ７．体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの ８．前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの ９．精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの 10．身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

別表２

障害年金　等級表

等級	障害の状態
１　級	１．両眼の視力が0.02以下のもの ２．両上肢の用を全く廃したもの ３．両下肢の用を全く廃したもの ４．前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、労働することを不能ならしめ、かつ、常時の介護を必要とする程度のもの ５．精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの ６．身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの
２　級	１．両眼の視力が0.04以下のもの ２．一眼の視力が0.02以下で、かつ、他眼の視力が0.06以下のもの ３．両耳の聴力が、耳殻に接して大声による話をしてもこれを解することができない程度のもの ４．咀嚼（そしゃく）又は言語の機能を廃したもの ５．一上肢の用を全く廃したもの ６．一下肢の用を全く廃したもの ７．体幹の機能に高度の障害を有するもの ８．前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態であって、労働が高度の制限を受けるか、又は労働に高度の制限を加えることを必要とする程度のもの ９．精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの 10．身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの