

新潟市胎児性等新潟水俣病患者支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、胎児性等新潟水俣病患者の地域における安心した日常生活の確保を目的に、身体機能の維持及び増進を図ることを支援し、当該胎児性等水俣患者に係るリハビリテーション等に要した経費の一部を予算の範囲内で助成することについて必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) リハビリテーションとは、基本的動作能力の回復等を目的とする理学療法や応用的動作能力、社会的適応能力の回復等を目的とした作業療法、言語聴覚能力の回復等を目的とした言語聴覚療法等の治療法より構成され、実用的な日常生活における諸活動の実現を目的として行われるものとする。
- (2) 医療保険各法とは、次に掲げる法律とする。
 - ア 健康保険法（大正11年法律第70号）
 - イ 船員保険法（昭和14年法律第73号）
 - ウ 国民健康保険法（昭和33年法律第192号）
 - エ 国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）
 - オ 地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）
 - カ 私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）
 - キ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）
- (3) 鉄道とは、鉄道事業法（昭和61年法律第92号）第3条に規定する許可を受けた鉄道事業者が行う旅客の運送とする。
- (4) バスとは、道路運送法（昭和26年法律第183号）第4条に規定する一般乗合旅客自動車運送事業の許可を受けた者が運行する一般乗合旅客自動車とする。
- (5) タクシーとは、道路運送法（昭和26年法律第183号）第4条に規定する一般乗用旅客自動車運送事業の許可を受けた者（福祉輸送事業に限定する旨の条件が付されていないものに限る。）が運行する一般乗用旅客自動車とする。
- (6) 福祉タクシーとは、道路運送法（昭和26年法律第183号）第4条に規定する一般乗用旅客自動車運送事業（福祉輸送事業に限定する旨の条件が付されているものに限る。）の許可を受けた者が運行する一般乗用旅客自動車とする。
- (7) 福祉有償運送とは、道路運送法（昭和26年法律第183号）第79条に規定する登録を受けた者が、同法第78条の規定に基づき運行する自家用有償旅客運送とする。
- (8) 交通用具とは、自動車、原動機付自転車及びその他原動機付の交通の用具とする

(対象者)

第3条 新潟市胎児性等新潟水俣病患者支援事業の対象者（以下「対象者」という。）は、市長が次の各号のいずれにも該当していると認めた者とする。

- (1) 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）第4条第2項の規定により認定された者
- (2) 昭和35年1月1日以降に出生した者
- (3) 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき、本市の住民基本台帳に記録されている者
- (4) 医師により、医療保険各法、その他法令等による規定の範囲を超えて、リハビリテーションを受ける必要があると認められる者

(助成の内容)

第4条 市長は、対象者が医療保険各法、その他法令等による規定の範囲を超えてリハビリテーションを受け、その費用を支払ったときは、対象者の申請に基づき、当該費用を助成する。

2 市長は、前項の規定によりリハビリテーションを受けた者が、当該リハビリテーションを受けるために交通費を支払ったときは、対象者の申請に基づき、当該交通費を助成する。

(リハビリテーション費の助成限度額等)

第5条 前条第1項の規定により助成するリハビリテーション費は、リハビリテーション1回につき10,000円を限度とし、助成の対象とするリハビリテーションは1週間につき2回を限度とする。

(交通費の助成限度額等)

第6条 第4条第2項の規定により助成する交通費は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。ただし、1号及び2号に掲げる交通手段を利用する場合に、障がい者割引等の減免・控除等が適用となる場合は、割引等適用後の額を助成額とする。

- (1) 鉄道、バス又はタクシーを利用する場合の助成額の上限は、片道3,000円とする。
- (2) 福祉タクシー又は福祉有償運送を利用する場合の助成額の上限は、片道4,500円とする。
- (3) 交通用具を使用する場合は、対象者の居所からリハビリテーションを受ける施設まで一般に利用しうる最短経路1キロメートル（1キロメートル未満の端数がある場合は、これを切り捨てる。）につき、新潟市旅費条例（昭和32年6月1日条例第47号）第15条第1項第2号に規定する車賃の額を助成額とし、助成の上限は片道3,000円とする。

(福祉タクシー及び福祉有償運送の助成対象者)

第7条 前条第1項第2号に規定する福祉タクシー及び福祉有償運送の助成を受けることのできる者は、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に規定する身体障害者手帳（以下「身体障害者手帳」という。）の交付を受けた者で、次のいずれかに該当する者
 - ア 当該手帳に記載されている等級が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号。以下「省令」という。）別表第5号の1級である者
 - イ 当該手帳に記載されている等級が省令別表第5号の2級である者
 - ウ 当該手帳に記載されている等級が省令別表第5号の3級で、下肢不自由、体幹不自由若しくは脳原性運動（移動）機能障害又は心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害に該当する者
 - エ 当該手帳に記載されている等級が省令別表第5号の下肢不自由4級に該当する障害が2以上重複する者
 - オ 当該手帳に記載されている等級が下肢不自由4級のいずれかの障害に該当し、かつ、下肢不自由5級に該当する障害が2以上重複する者
- (2) 新潟市療育手帳制度要綱第3条に定める「療育手帳」の交付を受けた者で、その障害の程度が「重度」と判定された者
- (3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条に規定する保健福祉手帳の交付を受けている者のうち、その障がいの程度が1級と判定されている者
- (4) 身体障害者手帳の交付を受けた者で、日常生活において車いす等を使用しなければ移動できない者
(助成対象申請)

第8条 第4条各項に規定する助成を受けようとする者は、市長に対し、次に掲げる書類を提出しなければならない。

- (1) 胎児性等新潟水俣病患者支援事業助成対象申請書（別記様式第1号）
- (2) 診断書（別記様式第2号）。ただし、必要項目の記載があれば様式は問わない。
- (3) 住民票の写し
- (4) その他助成対象申請に必要な書類

(助成対象の認定及び通知)

第9条 市長は前条の申請書を受理したときは、これを審査し、助成対象認定について可否を決定するものとする。

- 2 市長は、前項の規定により助成対象として認定することを決定したときは、「胎児性等新潟水俣病患者支援事業助成対象認定通知書」（別記様式第4号）により申請者に通知するものとする。
- 3 市長は、第1項の規定により助成対象として認定しないことを決定したとき、又は助成対象者が第3条第1項各号のいずれかに該当しなくなったことを確認したときは、「胎児

性等新潟水俣病患者支援事業助成対象不認定通知書」(別記様式第5号)により申請者に通知するものとする。

(助成の対象期間)

第10条 リハビリテーション費及び交通費の助成の対象期間は、助成対象者として認定された日から、当該年度の3月31日までとする。

(助成の請求)

第11条 助成対象者が第5条及び第6条に規定する助成を受けようとする場合は、市長に対し「胎児性等新潟水俣病患者支援事業実施状況報告書及び請求書」(別記様式第6号)を助成対象事由が生じた日の属する月の翌月の末日までに提出するものとする。

2 助成対象者がリハビリテーションを受けた医療機関等が、助成対象者が助成金の受領に関する権限を当該医療機関等に委任し、市長が当該医療機関等に助成金を支払うことについて同意した場合、及び助成対象者が第6条第1項第1号及び第2号に規定する交通機関を利用し、当該交通機関を運行する事業者が、助成対象者が助成金の受領に関する権限を当該事業者等に委任し、市長が当該事業者等に助成金を支払うことについて同意した場合は、助成対象者は、市長に対し「委任状」(別記様式第10号)を助成対象事由が生じた日の属する月の翌月の末日までに提出するものとする。

(助成額の決定及び通知)

第12条 市長は前条各項の請求書を受領したときは、これを審査し、助成額を決定し、「胎児性等新潟水俣病患者支援事業助成額決定通知書」(別記様式第11号)により通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により決定した助成額を、助成対象者、助成対象者から委任を受けた医療機関等又は事業者等に支払うものとする。

(変更の届出)

第13条 第9条の規定により助成対象の認定を受けた者(以下「助成対象者」という。)が次の各号のいずれかに該当する場合は、当該事由が発生した日から1か月以内に市長に対し「胎児性等新潟水俣病患者支援事業変更届出書」(別記様式第12号)を提出しなければならない。

(1) 住所、居所又は氏名を変更したとき

(2) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の等級が変わったとき

(3) 文書の送付先を変更したとき

2 助成対象者は、金融機関等を変更しようとする場合は、市長に対し「胎児性等新潟水俣病患者支援事業口座登録(変更)届」(別記様式第7号)を提出するものとする。

(助成金の返還)

第14条 市長は、助成を受けた者が、第5条及び第6条に規定するリハビリテーション費及び交通費の全部又は一部に相当する額を他の機関から受けた場合には、その額の範囲内において新潟市が助成したリハビリテーション費及び交通費の全部又は一部の返還を

命ずることができる。

(その他)

第15条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

胎児性等新潟水俣病患者支援事業助成対象申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

申請者 住 所 〒

氏 名

(助成対象者との関係)

電 話

胎児性等新潟水俣病患者支援事業実施要綱に基づく助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

助成対象者	フリガナ		生年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒		
	居住地 <small>(住所と異なる場合に記入)</small>	〒		
	送付先 <small>(住所と異なる場合に記入)</small>	〒		
障がい者手帳の有無と等級 <small>(有りの場合に記入)</small>	種類 <small>(○をつける)</small>	身体障がい者手帳	精神障がい者保健福祉手帳	療育手帳
	等級			

※添付書類関係

1. 身体障がい者手帳、療育手帳又は精神障がい者保健福祉手帳の写し
(交付を受けている場合のみ)
2. 申請者の本人確認書類 (個人番号カード、運転免許証、障がい者手帳等)
3. 申請者と助成対象者が異なる場合は、委任状 (別記様式第3号)

診 断 書

患者様情報	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日 （ 歳）
住 所	〒

診断内容	
傷 病 名	
症 状	
必要な リハビリ回数	回程度／週
特記事項	

上記のとおり診断いたします。

診 断 日 年 月 日

医療機関名

所 在 地

電 話

担当医師名

委任状

年 月 日

受任者

住 所 〒

氏 名

印

電 話

私は上記の者に胎児性等新潟水俣病患者支援事業に関する申請にかかると一切の権限を委任します。

委任者

住 所 〒

氏 名

印

生年月日

電 話

様

新潟市長

胎児性等新潟水俣病患者支援事業助成対象認定通知書

年 月 日付で申請のありました件について、あなたを助成対象者と認定しましたので、通知します。

記

1 助成対象期間

年 月 日から 年 月 日まで

2 助成内容

(1) リハビリテーション費

- ・助成額：10,000円/回を上限
- ・回数：2回/週を上限

(2) 交通費

- ア 鉄道、バス又はタクシーを利用する場合は、片道3,000円を上限
- イ 福祉タクシー又は福祉有償運送を利用する場合は、片道4,500円を上限
※福祉タクシー又は福祉有償運送を利用する場合の助成条件は、裏面を参照
- ウ 交通用具を使用する場合は、居所からリハビリテーションを受ける施設までの最短経路1キロメートル（1キロメートル未満の端数がある場合は切り捨て）につき22円を乗じた額（片道3,000円を上限）

（裏面に続く）

福祉タクシー及び福祉有償運送の助成を受けることのできる者は、次のいずれかに該当するものとする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に規定する身体障がい者手帳（以下「身体障がい者手帳」という。）の交付を受けた者で、次のいずれかに該当する者
 - ア 当該手帳に記載されている等級が身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号。以下「省令」という。）別表第5号の1級である者
 - イ 当該手帳に記載されている等級が省令別表第5号の2級である者
 - ウ 当該手帳に記載されている等級が省令別表第5号の3級で、下肢不自由、体幹不自由若しくは脳原性運動（移動）機能障害又は心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸、肝臓若しくはヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害に該当する者
 - エ 当該手帳に記載されている等級が省令別表第5号の下肢不自由4級に該当する障害が2以上重複する者
 - オ 当該手帳に記載されている等級が下肢不自由4級のいずれかの障害に該当し、かつ、下肢不自由5級に該当する障害が2以上重複する者
- (2) 新潟市療育手帳制度要綱第3条に定める「療育手帳」の交付を受けた者で、その障害の程度が「重度」と判定された者
- (3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条に規定する精神障がい者保健福祉手帳の交付を受けている者のうち、その障がいの程度が1級と判定されている者
- (4) 身体障がい者手帳の交付を受けた者で、日常生活において車いす等を使用しなければ移動できない者

第 号の2
年 月 日

様

新潟市長

胎児性等新潟水俣病患者支援事業助成対象不認定通知書

年 月 日付で申請のありました件について、あなたを不認定といたしましたので、通知します。

記

不認定の理由

胎児性等新潟水俣病患者支援事業実施状況報告書及び請求書

（宛先）新潟市長

年 月 日

申請者 住 所 〒

氏 名

（助成対象者との関係）

電話番号

胎児性等新潟水俣病患者支援事業実施要綱第11条の規定により、関係書類を添えて請求します。

月分		回数	リハビリテーションを受けた日	リハビリテーション費 円	交通手段及び経路			交通費 円
<交通手段>								
			①鉄道 ②バス ③タクシー ④福祉タクシー ⑤福祉有償運送 ⑥自家用車（走行距離も記入） ⑦徒歩等					
1	日	円	交通手段	往路		円		
				復路		円		
2	日	円	<input type="checkbox"/> （ ）回目と同じ					
			交通手段	往路		円		
			復路		円			
3	日	円	<input type="checkbox"/> （ ）回目と同じ					
			交通手段	往路		円		
			復路		円			
4	日	円	<input type="checkbox"/> （ ）回目と同じ					
			交通手段	往路		円		
			復路		円			

新潟市記入処理欄	
※記入しないでください	
リハビリテーション費 助成額	交通費 助成額
円	円
円	円
円	円
円	円
円	円

回数	リハビリテーションを受けた日	リハビリテーション費	交通手段及び経路				交通費
			<交通手段> ①鉄道 ②バス ③タクシー ④福祉タクシー ⑤福祉有償運送 ⑥自家用車（走行距離も記入） ⑦徒歩等				
5	日	円	<input type="checkbox"/> () 回目と同じ				円
			交通手段		往路		
6	日	円	<input type="checkbox"/> () 回目と同じ				円
			交通手段		往路		
7	日	円	<input type="checkbox"/> () 回目と同じ				円
			交通手段		往路		
8	日	円	<input type="checkbox"/> () 回目と同じ				円
			交通手段		往路		
9	日	円	<input type="checkbox"/> () 回目と同じ				円
			交通手段		往路		
10	日	円	<input type="checkbox"/> () 回目と同じ				円
			交通手段		往路		

新潟市記入処理欄	
※記入しないでください	
リハビリテーション費 助成額	交通費 助成額

円	円
円	円

円	円
円	円

円	円
円	円

円	円
円	円

円	円
円	円

円	円
円	円

合計	合計
円	円

※太線枠内の項目にご記入ください。
 ※自家用車を使用した場合の交通費は、1キロメートル（1キロメートル未満の端数がある場合は切り捨て）につき22円を乗じた金額をご記入ください。
 ※医療機関、交通機関等の領収書を添付してください。領収証がない場合は、証明書（別記様式第9号、別記様式第10号）を添付してください。文書料は、自己負担となります。
 ※初回申請時は、振込口座登録(変更)届（別記様式第7号）を添付してください。

胎児性等新潟水俣病患者支援事業振込口座登録（変更）届

年 月 日

（宛先）新潟市長

申請者	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		助成対象者との続柄	
	住所	〒		
	電話番号		日中の連絡先	

助成対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と同一の場合は、記載不要			
	フリガナ		生年月日	
	氏名			年 月 日
	住所	〒		

振込先	金融機関名	銀行・金庫 信組・農協	支店名	本店・支店 出張所
	種別	普通 ・ 当座 （どちらかに○）		フリガナ
	口座番号		口座名義 ※助成対象者と同一	氏名

- 【添付書類】 振込先口座の通帳の写し（助成対象者名義のもの）
 委任状（別記様式第3号）※申請者と助成対象者が異なる場合

胎児性等新潟水俣病患者支援事業実施状況証明書（リハビリテーション費用）

様

【報告月・領収金額】

年	月分	円
---	----	---

【内 訳】

受診年月	年	月	当月合計 受診日数	日
受診日	診療科		領収金額	医療保険適用有無
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

医療保険適用外によるリハビリテーションに係る費用であり、上記のとおり、受診者（患者）から領収したことを証明いたします。

年 月 日 所在地

名 称

代表者

印

電話番号

注1 受診した月ごとに提出してください。

注2 医療保険適用で実施するリハビリテーションにかかる費用は本事業の対象外です。

胎児性等新潟水俣病患者支援事業利用状況証明書（交通費用）

様

【報告月・領収金額】

年	月分	円
---	----	---

【内 訳】

利用日	経路	領収金額
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		
日		

上記のとおり、利用者様から領収したことを証明いたします。

年 月 日 所在地

事業所名

代表者

印

電話番号

注1 利用した月ごとに提出してください。

注2 リハビリテーションを受けるための通院に要する交通費のみ報告及び請求対象です。

委任状

年 月 日

受任者

住 所 〒

名 称

代表者名

印

電 話

私は、上記の受任者に対して、胎児性等新潟水俣病患者支援事業の助成にかかる実施状況、請求及び受領に関する一切の権限を委任します。

委任者

住 所 〒

氏 名

印

生年月日

電 話

様

新潟市長

胎児性等新潟水俣病患者支援事業助成額決定通知書

年 月分の請求について、胎児性等新潟水俣病患者支援事業実施要綱第12条第1項の規定により、下記のとおり助成額を決定いたしましたので、通知します。

記

1 助成対象月

年 月分

2 助成額及び回数

(1) リハビリテーション費

・助成額： 円
・回数： 回

(2) 交通費

・助成額： 円
・回数： 回

3 支給先及び金額

(1) 申請者： 円

(2) 医療機関： 円（リハビリテーション費）

交通事業者： 円（交通費）

4 支給日

年 月 日

胎児性等新潟水俣病患者支援事業変更届出書

年 月 日

（宛先）新潟市長

申請者 住所 〒

氏名

（助成対象者との関係）

電話

新潟市胎児性等新潟水俣病患者支援事業実施要綱第13条の規定により、下記のとおり変更届を提出します。

1. 助成対象者

<input type="checkbox"/> 申請者と同じ ※申請者と同一の場合は、記載不要	
住所	
氏名	
電話	

2. 変更内容（変更のある事項のみ記載してください）

助成対象者に関する事項		変更前	変更後
	フリガナ		
	氏名		
	住所	〒	〒
	居住地	〒	〒
	電話		

障がい者手帳に関する事項		変更前	変更後
	種類		
	等級		
送付先	氏名		
	住所	〒	〒
	電話		

※助成対象者以外の者が申請する場合は、委任状（別記様式第3号）の提出が必要です。

※交通費の助成額変更を申請する場合は、変更後の身体障がい者手帳、精神障がい者保健福祉手帳又は療育手帳の写しを添付してください。