

弘教委健発第230号

平成30年5月25日

一般社団法人 青森県薬剤師会弘前支部
支部長 前田 淳彦 様

弘前市教育委員会
教育長 吉田 健

平成30年度医療扶助に係る校外治療の実施について（依頼）

日頃より、当市の教育行政運営にご協力をいただき感謝申し上げます。

さて、市教育委員会では、校内検診で治療が必要と認められる、就学援助の対象となる世帯の児童生徒について、今年度も、学校保健安全法第24条及び同法施行令第8条各号に定められた疾病治療にかかる医療費を補助することといたします。

つきましては、下記により事業を実施いたしますのでお知らせするとともに、対象児童生徒が貴会で薬剤を処方される際について、特段のご配慮をお願いいたします。

なお、手続については、教育委員会と児童生徒が利用予定の貴会薬局との間で行いますので、ご了承くださいますようお願いいたします。

記

1. 治療の期間 平成30年6月1日から平成30年9月30日まで
ただし、実施期間後も治療が必要な場合は、以後も3か月を期限とし、平成31年3月31日まで延長できることとしております。
2. 治療の対象者 学校保健安全法第24条及び同法施行令第8条に定める以下の疾病に該当する、就学援助の対象となる世帯の児童生徒
 - ・トラコーマ、結膜炎
 - ・白癬、疥癬、膿痂疹
 - ・中耳炎
 - ・慢性副鼻腔炎（及びアデノイド）
 - ・齲歯
 - ・寄生虫病（虫卵保有を含む。）
3. 治療対象の範囲 2で掲げた疾病の保険診療の対象となる治療
4. その他 参考として、処方調剤薬局に送付する「平成30年度医療扶助実施要領」と「薬剤券」、「薬剤料請求書」の見本を送付します。

〒036-1393 弘前市賀田 1-1-1

弘前市教育委員会

担当：学務健康課保健給食係 工藤

電話 0172-82-1835 F A X 0172-82-5899

弘教委健発第230号

平成30年5月25日

一般社団法人 青森県薬剤師会弘前支部会員様

弘前市教育委員会

教育長 吉田 健

(公印省略)

平成30年度医療扶助に係る校外治療の実施について（依頼）

日頃より、当市の教育行政運営にご協力をいただき感謝申し上げます。

さて、市教育委員会では、校内検診で治療が必要と認められる、就学援助の対象となる世帯の児童生徒について、今年度も、学校保健安全法第24条及び同法施行令第8条各号に定められた疾病治療にかかる医療費を補助することといたします。

つきましては、下記の事項に留意のうえ薬剤を処方していただくよう、よろしく願いいたします。

記

1. 治療の期間 平成30年6月1日から平成30年9月30日まで
ただし、実施期間後も治療が必要な場合は、以後も3か月を期限とし、平成31年3月31日まで延長できることとしております。
2. 治療の対象者 学校保健安全法第24条及び同法施行令第8条に定める以下の疾病に該当する、就学援助の対象となる世帯の児童生徒
 - ・トラコーマ、結膜炎
 - ・白癬、疥癬、膿痂疹
 - ・中耳炎
 - ・慢性副鼻腔炎（及びアデノイド）
 - ・齲歯
 - ・寄生虫病（虫卵保有を含む。）
3. 治療対象の範囲 2で掲げた疾病の保険診療の対象となる治療
4. 薬剤料の請求 薬剤料については、薬剤料総額から健康保険等が給付する額を除いた額（保険診療の3割分）を弘前市教育委員会が負担します。
請求は、「薬剤料請求書」に1か月に処方した分を1枚にまとめて記入し、下記担当まで提出してください。
5. その他 参考として、「平成30年度医療扶助実施要領」と「薬剤券」、「薬剤料請求書」の見本を送付します。

〒036-1393 弘前市賀田 1-1-1

弘前市教育委員会

担当：学務健康課保健給食係 工藤

電話 0172-82-1835 F A X 0172-82-5899

弘教委健発第230号

平成30年5月25日

調剤薬局 各位

弘前市教育委員会

教育長 吉田 健

(公印省略)

平成30年度医療扶助に係る校外治療の実施について（依頼）

日頃より、当市の教育行政運営にご協力をいただき感謝申し上げます。

さて、市教育委員会では、校内検診で治療が必要と認められる、就学援助の対象となる世帯の児童生徒について、今年度も、学校保健安全法第24条及び同法施行令第8条各号に定められた疾病治療にかかる医療費を補助することといたします。

つきましては、下記の事項に留意のうえ薬剤を処方していただくよう、よろしく願いいたします。

記

1. 治療の期間 平成30年6月1日から平成30年9月30日まで
ただし、実施期間後も治療が必要な場合は、以後も3か月を期限とし、平成31年3月31日まで延長できることとしております。
2. 治療の対象者 学校保健安全法第24条及び同法施行令第8条に定める以下の疾病に該当する、就学援助の対象となる世帯の児童生徒
 - ・トラコーマ、結膜炎
 - ・白癬、疥癬、膿痂疹
 - ・中耳炎
 - ・慢性副鼻腔炎（及びアデノイド）
 - ・齲歯
 - ・寄生虫病（虫卵保有を含む。）
3. 治療対象の範囲 2で掲げた疾病の保険診療の対象となる治療
4. 薬剤料の請求 薬剤料については、薬剤料総額から健康保険等が給付する額を除いた額（保険診療の3割分）を弘前市教育委員会が負担します。
請求は、「薬剤料請求書」に1か月に処方した分を1枚にまとめて記入し、下記担当まで提出してください。
5. その他 参考として、「平成30年度医療扶助実施要領」と「薬剤券」、「薬剤料請求書」の見本を送付します。

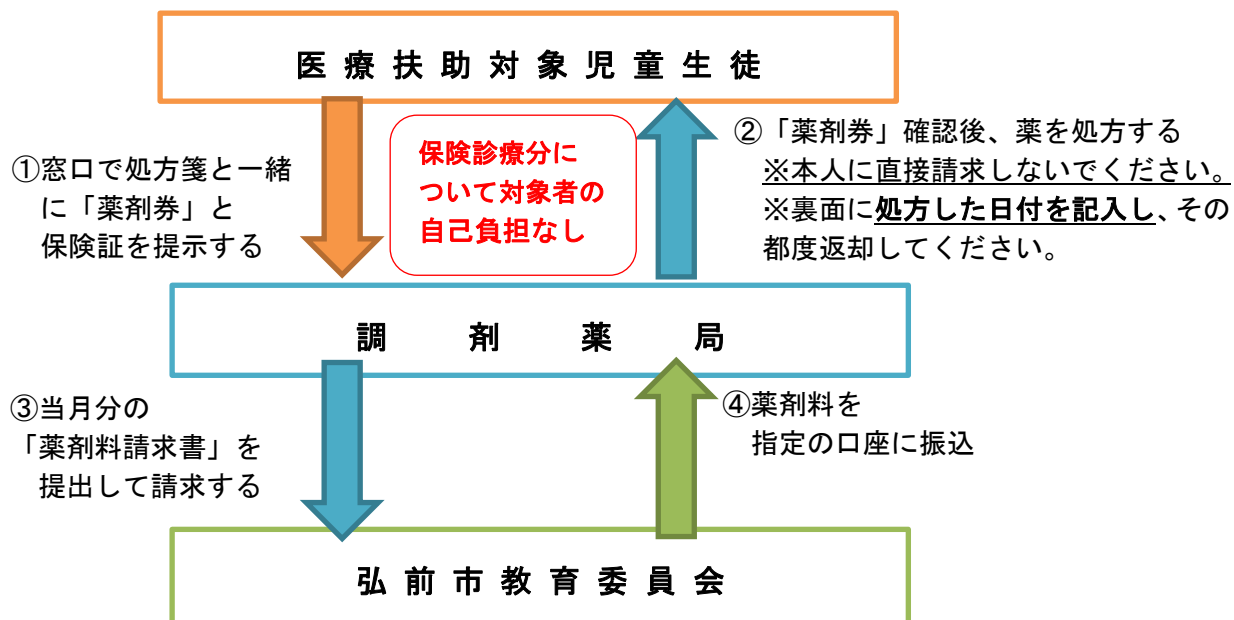
〒036-1393 弘前市賀田1-1-1

弘前市教育委員会

担当：学務健康課保健給食係 工藤

電話 0172-82-1835 F A X 0172-82-5899

医療扶助 医療・薬剤券使用の流れ（調剤薬局用）



「薬剤券」を提示されたら

初回に「薬剤券」を提示されたら、調剤薬局名記入欄に記入してください。

また、「薬剤券」に記載された学校名・児童生徒氏名と、請求金額を控えてください。

薬剤料は、総額から健康保険等が給付する額を除いた額（保険診療の3割分）を弘前市教育委員会が支払いますので、対象児童生徒へ直接請求しないでください。

請求について

1か月単位で、弘前市教育委員会宛てに請求をお願いします。

「薬剤料請求書」に、1か月に処方した分を1枚にまとめ、弘前市教育委員会学務健康課へ提出してください。

- ・その月に複数回処方があった児童生徒については、総額を記載してください。
- ・学校別に請求書を分けて、1枚にまとめてください。

【お願い】

・薬剤券を持参した対象者がいた場合、必ず学務健康課までご連絡ください。

（お支払いのことについて等、必要な手続きについてご説明いたします。）

・弘前市立小・中学校に通う児童生徒が対象のため、薬局も弘前市の利用を想定しておりますが、もし弘前市以外で該当がありましたらご連絡ください。

・薬剤料は口座振替でお支払いします。

弘前市へ債権者登録をしていない方や、すでに登録をしている口座とは別の口座を利用したい方は、債権者登録が必要になります。必要書類を送付しますので、ご希望の場合はご連絡をお願いします。

薬剤料請求書（〇月分）

平成 年 月 日

弘前市教育委員会教育長 殿

調剤薬局名

所在地

名称

代表者氏名

点数、一部負担金、請求金額は訂正不可です。修正液、訂正印で訂正せず、誤った場合は作り直してください。

請求者が調剤薬局を経営している会社の場合は、名称欄に「株式会社〇〇 〇〇薬局〇〇店」のように、薬局名も分かるようにお書きください。また、代表者氏名も会社の代表者とその印を使用してください。
薬局で請求できる場合は、名称欄に薬局名、代表者に薬局の代表者とその印を使用してください。
※いずれも弘前市の債権者登録をしたものと同じ名義にしてください。

㊤は朱肉を使う印鑑で押印してください。

学校保健安全法第24条による受診者について、下記の通り請求します。

学校名	児童生徒氏名	点数	一部負担金（円）
合 計			
請求金額（円）			

○点数と一部負担金は、1人ごとの1か月の合計を記載してください。
○一部負担金は、保険診療の3割です。

請求金額は、一部負担金の合計額と同額です。

振込銀行

銀行名

支店名

口座種別

口座番号

口座名義人

[学校保健医療費]

薬剤料請求書 (月分)

平成 年 月 日

弘前市教育委員会教育長 殿

調剤薬局名

所在地

名称

代表者氏名

⑩

学校保健安全法第24条による受診者について、下記の通り請求します。

学校名	児童生徒氏名	点数	一部負担金 (円)
合 計			
請求金額 (円)			

振込銀行

銀行名

支店名

口座種別

口座番号

口座名義人

参 考 医療扶助にかかるお問い合わせについて（調剤薬局用）

学務健康課

Q1. 対象者が、子ども医療費受給やひとり親医療費受給の対象である場合は、どちらが適用されるのか？

A1. 子ども医療費やひとり親医療費の制度を利用している場合は、そちらの制度を適用して下さい。この医療扶助と二重で利用することはできません。
もし対象者が両方を提示した場合は、この旨をお伝えのうえ、薬剤券を適用せず教育委員会へご返却くださるようお伝えください。

Q2. 処方箋だけではどの薬が該当疾病の薬なのかそうでないのか判別が難しい。
どこまでを医療扶助の対象として市に請求していいのか？

A2. 医療機関に対しては、「該当疾病の治療のため来院」という理由があり、その該当疾病に関係する診察や治療をしたのであれば医療扶助の範囲に該当する旨説明しております。薬剤料も同様に考え、医療機関で該当疾病を診察したうえで発行した処方箋については、その該当疾病に関わる薬だとみなして構いません。
ただし、薬局内で販売している包帯・マスク・各種薬等は保険診療の対象外のため、除外してください。

Q3. 請求書を作成する際、誰の名前で記入すればいいのか？

A3. 薬局名義の場合は、代表者（「代表取締役」や「支店長」等に相当する方）でお願いします。薬局を経営している会社名義の場合は、その代表者になります。

Q4. 請求書が1部郵送されてきたが、請求書をコピーして使用していいのか？

A4. コピーしてお使いいただきますようお願いいたします。もし足りない場合や紛失した場合は、ご連絡くださると郵送にてお送りいたします。

Q5. 請求書は月締めだが、毎月の提出期限はあるのか？

A5. 提出期限は厳密に定めてはおりませんが、支払い漏れを防ぐために、できるだけ治療した月の翌月末までにはご提出をお願いいたします。
また、5月末に市の出納閉鎖があるため、3月分の請求書及び未請求の月の請求書については、必ず4月中にご提出をお願いいたします。