

## 埼玉県身体障害者補助犬健康管理費助成事業実施要綱

### (目的)

第1条 身体障害者が行わなければならない身体障害者補助犬(身体障害者補助犬法に定める盲導犬、介助犬及び聴導犬をいい、以下「補助犬」という。)の健康管理及び疾病等の治療に必要な経費を、補助犬を使用する身体障害者(以下「使用者」という。)に助成することにより、当該使用者の経済的負担の軽減及び社会参加の促進を図るとともに、補助犬の稼働年数の延長を図ることにより補助犬給付待機者の解消に寄与することを目的とする。

### (実施主体)

第2条 事業の実施主体は埼玉県とする。

### (対象者)

第3条 この事業の対象者は、県内に居住する身体障害者であって、補助犬を使用する者とする。

### (対象となる措置等)

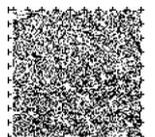
第4条 助成の対象となる措置等は、次に定めるものとする。

(1) 厚生労働省が策定した「身体障害者補助犬の衛生確保のための健康管理ガイドライン」に定められているもの

ア 獣医師による健康診断

a 一次検査

- ・ 問診、視診、触診、打診、聴診及び体温・脈拍数・呼吸数の計測
- ・ 血液学的検査
- ・ 糞便検査



- b 二次検査（一次検査で異常が疑われた場合に実施するもの。）
  - ・ 血液生化学的検査
  - ・ 尿検査
  - ・ 糞便検査
- c 精密検査（一次検査及び二次検査で異常が疑われた場合に実施するもの。）

イ 獣医師による予防接種及びその他の疾病予防措置等

- a 実施すべき予防措置（ワクチンの接種）
  - ・ 狂犬病予防ワクチン
  - ・ 犬レプトスピラ病ワクチン
  - ・ 犬パルボウイルス感染症ワクチン
- b 実施が望まれる疾病予防措置
  - ・ 犬糸状虫症（フィラリア）予防薬投与
  - ・ ノミ及びマダニの寄生駆除薬等の投与
- c その他知事が必要と認める疾病予防措置等

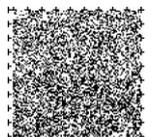
(2) 前項に定めるもののほか、知事が必要と認める疾病予防措置等

(3) 前2項に定めるもののほか、補助犬の疾病又は怪我等の治療のために獣医師が行う診察、検査、処置、投薬、手術等

**(助成金額)**

第5条 前条に規定する措置等を行った場合に使用者が実際に支払った経費のうち、知事が必要と認めた額を予算の範囲内で助成するものとする。

ただし、助成額は年間一回、一人につき30,000円を限度とする。



## (申請及び支給の手続)

第6条 第3条の対象者で前条の助成を希望する者は、別に知事が定める日までに、助成金支給申請書(様式第1号)及び請求書(様式第2号)に必要事項を記入して提出するものとする。

2 前条の助成金支給申請書には、助成の対象となる措置等に要した経費の明細がわかる領収書(原本)を添付するものとする。

3 知事は、第1項の申請があったときは、その内容を審査し、当該申請内容が適当であると認められた申請者に対し、支給決定通知書(様式第3号)を送付するとともに、第1項で提出された請求書に基づき助成金を支出するものとする。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

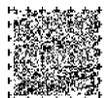
(施行期日)

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、平成28年1月4日から適用する。



様式第1号

年度埼玉県身体障害者補助犬  
健康管理費助成事業助成金支給申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

申請者

住 所

(ふりがな)

氏 名

電話番号

FAX 番号

下記により、身体障害者補助犬健康管理費助成事業助成金の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

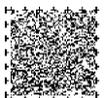
記

1 助成金の支給申請額 金 円

2 関係書類

(1) 経費計算書 別紙のとおり

(2) 領収書類 別添のとおり

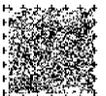




別 添

## 領 収 書 類 添 付 用 紙

(用紙が足りない場合には、同じ大きさの紙を継ぎ足してください。)



様式第2号

# 請 求 書

金 円 也

ただし、 年埼玉県身体障害者補助犬健康管理費助成事業にかかる助成金として

上記金額を支払われたく請求します。

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

請求者

住 所

(ふりがな)

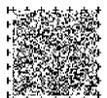
氏 名

(本人)

金融機関 (支店名)	口座の種類	口座番号
銀 行		七桁
信用金庫 支店	普通・当座	
J A (農協)		

※ 金融機関と口座の種類は、該当するものを○で囲んでください。

※ 金融機関の口座は、申請者本人名義の口座に限ります。



様式第3号

年度 埼玉県身体障害者補助犬  
健康管理費助成事業助成金支給決定通知書

第 号  
年 月 日

申請者氏名 様

埼玉県知事（公印省略）

年 月 日付けで申請のあった身体障害者補助犬健康管理費助成事業助成  
金については、下記のとおり支給します。

記

支給金額 金 円

