



島根県報

平成18年 3 月31日 (金)
号外 第 46 号
(毎週火・金曜日発行)
<http://www.pref.shimane.jp/>

目 次

規 則

障害者自立支援法施行細則

(障害者福祉課)

公布された条例等のあらまし

障害者自立支援法施行細則 (規則第34号)

1 規則の概要

- (1) 自立支援医療費の支給認定の申請等について定めることとした。(第 2 条・様式第 1 号 - 様式第11号関係)
- (2) 指定自立支援医療機関の指定の申請等について定めることとした。(第 3 条・様式第12号 - 第16号関係)
- (3) 障害福祉サービス事業の届出について定めることとした。(第 4 条・様式第17号 - 第19号関係)
- (4) 自立支援医療費の支給認定の申請等で知事に提出する書類のうち育成医療に係るものについては、保健所長を経由することとした。(第 5 条関係)

(5) 次に掲げる規則の一部改正

- ア 児童福祉法施行細則
- イ 身体障害者福祉法施行細則
- ウ 知的障害者福祉法施行細則
- エ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則
- オ 療育の給付、育成医療の給付、養育医療の給付及び小児慢性特定疾患治療研究事業の医療の給付に係る費用の徴収等に関する規則

2 施行期日

平成18年 4 月 1 日から施行することとした。

規 則

障害者自立支援法施行細則をここに公布する。

平成18年 3 月31日

島根県知事 澄 田 信 義

島根県規則第34号

障害者自立支援法施行細則

(趣旨)

第1条 障害者自立支援法(平成17年法律第123号。以下「法」という。)の施行については、障害者自立支援法施行令(平成18年政令第10号。以下「政令」という。)及び障害者自立支援法施行規則(平成18年厚生労働省令第19号。以下「省令」という。)に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

(自立支援医療費の支給認定の申請等)

第2条 法第53条第1項の申請は、政令第1条第1号に規定する育成医療(以下「育成医療」という。)に係るものにあつては様式第1号に、同条第3号に規定する精神通院医療(以下「精神通院医療」という。)に係るものにあつては様式第2号によるものとする。

2 省令第35条第2項第1号の医師の意見書又は診断書は、育成医療に係るものにあつては様式第3号に、精神通院医療に係るものにあつては様式第4号によるものとする。

3 法第54条第3項の自立支援医療受給者証は、育成医療に係るものにあつては様式第5号に、精神通院医療に係るものにあつては様式第6号によるものとする。

4 法第56条第1項の申請は、育成医療に係るものにあつては様式第7号に、精神通院医療に係るものにあつては様式第2号によるものとする。

5 政令第32条第1項の規定による届出は、育成医療に係るものにあつては様式第8号に、精神通院医療に係るものにあつては様式第9号によるものとする。

6 政令第33条第1項の申請は、育成医療に係るものにあつては様式第10号に、精神通院医療に係るものにあつては様式第11号によるものとする。

(指定自立支援医療機関の指定の申請等)

第3条 法第59条第1項の申請は、育成医療及び政令第1条第2号に規定する更生医療に係るものにあつては様式第12号に、精神通院医療に係るものにあつては様式第13号によるものとする。

2 法第64条の規定による届出は、様式第14号によるものとする。

3 省令第63条(同条第1号に該当する場合に限る。)の規定による届出は、様式第15号によるものとする。

4 政令第40条の規定による届出は、様式第16号によるものとする。

(障害福祉サービス事業の届出)

第4条 法第79条第2項の規定による届出は、様式第17号によるものとする。

2 法第79条第3項の規定による届出は、様式第18号によるものとする。

3 法第79条第4項の規定による届出は、様式第19号によるものとする。

(書類の経由)

第5条 第2条の規定により知事に提出する書類のうち育成医療に係るものについては、障害児の保護者の居住地を管轄する保健所長を経由するものとする。

(委任)

第6条 この規則に定めるもののほか、この規則の施行に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。

(児童福祉法施行細則の一部改正)

2 児童福祉法施行細則 (昭和27年島根県規則第72号) の一部を次のように改正する。

第 2 条から第 9 条の 4 までを次のように改める。

第 2 条から第 9 条の 4 まで 削除

第33条中「児童居宅生活支援事業開始届」を「障害児相談支援事業等開始届」に改める。

第34条第 1 号中「児童居宅生活支援事業届出事項変更届」を「障害児相談支援事業等変更届」に改め、同条第 2 号中「児童居宅生活支援事業廃止届」を「障害児相談支援事業等廃止届」に、「児童居宅生活支援事業休止届」を「障害児相談支援事業等休止届」に改める。

第35条中「児童居宅生活支援事業休止届」を「障害児相談支援事業等休止届」に、「児童居宅生活支援事業」を「障害児相談支援事業等」に、「児童居宅生活支援事業再開届」を「障害児相談支援事業等再開届」に改める。

様式第 1 号から様式第 5 号の 2 までを次のように改める。

様式第 1 号から様式第 5 号の 2 まで 削除

様式第29号から様式第32号までを次のように改める。

様式第29号 (第33条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 (印)
(電話)

障害児相談支援事業等開始届

下記のとおり障害児相談支援事業等を開始するので、児童福祉法第34条の3第1項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

記

| | | | | |
|--------------------------------------|------|-----------------------------|-----|-----|
| 事業の種類及び内容 | 種 類 | 1 障害児相談支援事業 2 児童自立生活援助事業 | | |
| | 内 容 | | | |
| 経営者の氏名及び住所(法人にあっては、その名称及び主たる事務所の所在地) | | | | |
| 条例、定款その他の基本約款 | | (別添1のとおり) | | |
| 職員の定数及び職務の内容 | 職 種 | 職 務 の 内 容 | | 定 数 |
| | | | | |
| | | | | |
| 主 な 職 員 の 氏 名 | 職 名 | 氏 名 | 職 名 | 氏 名 |
| | | | | |
| | | | | |
| 主 な 職 員 の 経 歴 | | (別添2のとおり) | | |
| 事業を行おうとする区域 | | | | |
| 事業の用に供する施設 | 施設名称 | | | |
| | 施設種類 | | | |
| | 所在地 | | | |
| | 入所定員 | | | |
| 事業開始の予定年月日 | | 年 月 日 | | |

- 添付書類 1 収支予算書
2 事業計画書

- 備考 1 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「事業の種類及び内容」欄の「種類」欄は、該当するものの番号を で囲むこと。
3 「主な職員の氏名」欄及び「主な職員の経歴」欄は、施設の長、事務長等について記入すること。
4 「事業を行おうとする区域」欄は、市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあっては、当該市町村の名称も記載すること。
5 「事業の用に供する施設」欄は、届出者が児童自立生活援助事業を行おうとする場合に記入すること。
6 記載事項が多いためにこの様式によることができないときは、適宜この様式に準じた様式を用いるか、又は別添とすること。

様式第30号(第34条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 印
(電話)

障害児相談支援事業等変更届

下記のとおり障害児相談支援事業等の届出事項を変更したので、児童福祉法第34条の3第2項の規定により届け出ます。

記

| | | |
|-------|---|--|
| 事業の種類 | 1 障害児相談支援事業 2 児童自立生活援助事業 | |
| 変更事項 | 1 事業の種類及び内容 2 経営者の氏名及び住所 (法人にあっては、その名称及び主たる事務所の所在地) 3 条例、定款その他の基本約款 4 職員の定数及び職務の内容 5 主な職員の氏名及び経歴 6 事業を行おうとする区域 7 事業の用に供する施設 (1)施設名称 (2)施設種類 (3)所在地 (4)入所定員) 8 事業開始の予定年月日 | |
| 変更内容 | 変更前 | |
| | 変更後 | |
| 変更の理由 | | |
| 変更年月日 | 年 月 日 | |

- 備考 1 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
 2 「事業の種類」欄及び「変更事項」欄は、該当するものの番号を で囲むこと。

様式第31号 (第34条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 ⑩
(電話)

障害児相談支援事業等 廃止 届
休止

下記のとおり障害児相談支援事業等を廃止 休止するので、児童福祉法第34条の3 第3項の規定により届け出ます。

記

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 事業の種類 | 1 障害児相談支援事業 2 児童自立生活援助事業 |
| 廃止 休止 の 予 定 年 月 日 | 年 月 日 |
| 休 止 の 予 定 期 間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 廃 止 休 止 の 理 由 | |
| 現に便宜を受け、又は入所 している者に対する措置 | |

- 備考 1 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「事業の種類」欄は、該当するものの番号を で囲むこと。

様式第32号(第35条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 印
(電話)

障害児相談支援事業等再開届

下記のとおり障害児相談支援事業等を再開したので、児童福祉法施行細則第35条の規定により届け出ます。

記

| | |
|-------|-----------------------------|
| 事業の種類 | 1 障害児相談支援事業 2 児童自立生活援助事業 |
| 休止の期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 再開年月日 | 年 月 日 |

- 備考 1 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「事業の種類」欄は、該当するものの番号を で囲むこと。

(身体障害者福祉法施行細則の一部改正)

3 身体障害者福祉法施行細則 (昭和34年島根県規則第17号) の一部を次のように改正する。

第14条及び第15条を次のように改める。

第14条及び第15条 削除

第16条の前の見出しを「 (身体障害者相談支援事業等) 」に改め、同条中「身体障害者居宅生活支援事業開始届」を「身体障害者相談支援事業等開始届」に改める。

第17条中「身体障害者居宅生活支援事業変更届」を「身体障害者相談支援事業等変更届」に改める。

第18条中「身体障害者居宅生活支援事業廃止 (休止) 届」を「身体障害者相談支援事業等廃止 (休止) 届」に改める。

様式第14号から様式第19号までを次のように改める。

様式第14号から様式第16号まで 削除

様式第17号(第16条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 (印)
(電話)

身体障害者相談支援事業等開始届

下記のとおり身体障害者相談支援事業等を開始するので、身体障害者福祉法第26条第1項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

記

| | | | | |
|--------------------------------------|------|---|-----|-----|
| 事業の種類及び内容 | 種 類 | 1 身体障害者相談支援事業 2 身体障害者生活訓練等事業 3 介助犬訓練事業 4 聴導犬訓練事業 | | |
| | 内 容 | | | |
| 経営者の氏名及び住所(法人にあっては、その名称及び主たる事務所の所在地) | | | | |
| 条例、定款その他の基本約款 | | (別添1のとおり) | | |
| 職員の定数及び職務の内容 | 職 種 | 職 務 の 内 容 | | 定 数 |
| | | | | |
| | | | | |
| 主 な 職 員 の 氏 名 | 職 名 | 氏 名 | 職 名 | 氏 名 |
| | | | | |
| | | | | |
| 主 な 職 員 の 経 歴 | | (別添2のとおり) | | |
| 事業を行おうとする区域 | | | | |
| 事業の用に供する施設 | 施設名称 | | | |
| | 施設種類 | | | |
| | 所在地 | | | |
| 事業開始の予定年月日 | | 年 月 日 | | |

- 添付書類 1 収支予算書
2 事業計画書

- 備考 1 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「事業の種類及び内容」欄の「種類」欄は、該当するものの番号を で囲むこと。
3 「主な職員の氏名」欄及び「主な職員の経歴」欄は、施設の長、事務長等について記入すること。
4 「事業を行おうとする区域」欄は、市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあっては、当該市町村の名称も記載すること。
5 「事業の用に供する施設」欄は、届出者が介助犬訓練事業又は聴導犬訓練事業を行おうとする場合に記入すること。
6 記載事項が多いためにこの様式によることができないときは、適宜この様式に準じた様式を用いるか、又は別添とすること。

様式第18号 (第17条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 印
(電話)

身体障害者相談支援事業等変更届

下記のとおり身体障害者相談支援事業等の届出事項を変更したので、身体障害者福祉法第26条第 2 項の規定により届け出ます。

記

| | |
|-------|--|
| 事業の種類 | 1 身体障害者相談支援事業 2 身体障害者生活訓練等事業 3 介助犬訓練事業 4 聴導犬訓練事業 |
| 変更事項 | 1 事業の種類及び内容 2 経営者の氏名及び住所 (法人にあっては、その名称及び主たる事務所の所在地) 3 条例、定款その他の基本約款 4 職員の定数及び職務の内容 5 主な職員の氏名及び経歴 6 事業を行おうとする区域 7 事業の用に供する施設 ((1)施設名称 (2)施設種類 (3)所在地) 8 事業開始の予定年月日 |
| 変更内容 | 変更前 |
| | 変更後 |
| 変更の理由 | |
| 変更年月日 | 年 月 日 |

備考 1 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「事業の種類」欄及び「変更事項」欄は、該当するものの番号を で囲むこと。

様式第19号(第18条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 印
(電話)

身体障害者相談支援事業等廃止(休止)届

下記のとおり身体障害者相談支援事業等を廃止
休止するので、身体障害者福祉法第26条第3項の規定により届け出ます。

記

| | |
|-------------------|---|
| 事業の種類 | 1 身体障害者相談支援事業 2 身体障害者生活訓練等事業 3 介助犬訓練事業 4 聴導犬訓練事業 |
| 廃止 休止の予定年月日 | 年 月 日 |
| 休止の予定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 廃止 休止の理由 | |
| 現に便宜を受けている者に対する措置 | |

- 備考 1 届出者が法人の場合にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「事業の種類」欄は、該当するものの番号を で囲むこと。

(知的障害者福祉法施行細則の一部改正)

4 知的障害者福祉法施行細則 (昭和38年島根県規則第 2 号) の一部を次のように改正する。

第 4 条中「知的障害者居宅生活支援事業等開始届」を「知的障害者相談支援事業開始届」に改める。

第 5 条第 1 号中「知的障害者居宅生活支援事業等届出事項変更届」を「知的障害者相談支援事業変更届」に改め、同条第 2 号中「知的障害者居宅生活支援事業等廃止 (休止) 届」を「知的障害者相談支援事業廃止 (休止) 届」に改める。

第 6 条中「知的障害者居宅生活支援事業等廃止 (休止) 届」を「知的障害者相談支援事業廃止 (休止) 届」に、「知的障害者居宅生活支援事業等」を「知的障害者相談支援事業」に、「知的障害者居宅生活支援事業等再開届」を「知的障害者相談支援事業再開届」に改める。

様式第 5 号から様式第 8 号までを次のように改める。

様式第5号(第4条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 印
(電話)

知的障害者相談支援事業開始届

下記のとおり知的障害者相談支援事業を開始するので、知的障害者福祉法第18条の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

記

| | | | | |
|--------------------------------------|-----|-------------|-----|-----|
| 事業の種類及び内容 | 種 類 | 知的障害者相談支援事業 | | |
| | 内 容 | | | |
| 経営者の氏名及び住所(法人にあつては、その名称及び主たる事務所の所在地) | | | | |
| 条例、定款その他の基本約款 | | (別添1のとおり) | | |
| 職員の定数及び職務の内容 | 職 種 | 職 務 の 内 容 | | 定 数 |
| | | | | |
| | | | | |
| 主 な 職 員 の 氏 名 | 職 名 | 氏 名 | 職 名 | 氏 名 |
| | | | | |
| | | | | |
| 主 な 職 員 の 経 歴 | | (別添2のとおり) | | |
| 事業を行おうとする区域 | | | | |
| 事業開始の予定年月日 | | 年 月 日 | | |

- 添付書類 1 収支予算書
2 事業計画書

- 備考 1 届出者が法人の場合にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「主な職員の氏名」及び「主な職員の経歴」欄は、事業所の管理者等について記入すること。
3 「事業を行おうとする区域」欄は、市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称も記載すること。
4 記載事項が多いためにこの様式によることができないときは、適宜この様式に準じた様式を用いるか、又は別添とすること。

様式第 6 号 (第 5 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

住所
届出者 氏名 ⑩
(電話)

知的障害者相談支援事業変更届

下記のとおり知的障害者相談支援事業の届出事項を変更したので、知的障害者福祉法第20条第1項の規定により届け出ます。

記

| | | |
|-------|--|--|
| 事業の種類 | 知的障害者相談支援事業 | |
| 変更事項 | 1 事業の種類及び内容 2 経営者の氏名及び住所 (法人にあっては、その名称及び主たる事務所の所在地) 3 条例、定款その他の基本約款 4 職員の定数及び職務の内容 5 主な職員の氏名及び経歴 6 事業を行おうとする区域 7 事業開始の予定年月日 | |
| 変更内容 | 変更前 | |
| | 変更後 | |
| 変更の理由 | | |
| 変更年月日 | 年 月 日 | |

- 備考 1 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
 2 「変更事項」欄は、該当するものの番号を で囲むこと。

様式第7号(第5条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 ⑩
(電話)

知的障害者相談支援事業廃止(休止)届

下記のとおりに知的障害者相談支援事業を^{廃止}するので、知的障害者福祉法第20条第2項の規定により届け出ます。
_{休止}

記

| | |
|--------------------|-----------------|
| 事業の種類 | 知的障害者相談支援事業 |
| 廃止 休止 の予定年月日 | 年 月 日 |
| 休止の予定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 廃止 休止 の理由 | |
| 現に便宜を受けている者に対する措置 | |

備考 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。

様式第 8 号 (第 6 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 ⑩
(電話)

知的障害者相談支援事業再開届

下記のとおり知的障害者相談支援事業を再開したので、知的障害者福祉法施行細則第 6 条の規定により届け出ます。

記

| | |
|-------|-----------------|
| 事業の種類 | 知的障害者相談支援事業 |
| 休止の期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 再開年月日 | 年 月 日 |

備考 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部改正)

5 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則(昭和44年島根県規則第54号)の一部を次のように改正する。

第9条を次のように改める。

第9条 削除

第15条第2項中「様式第5号その2」を「様式第5号」に改める。

第17条を次のように改める。

第17条 削除

第18条中「第9条及び」及び「及び第17条」を削る。

様式第4号を次のように改める。

様式第 4 号 (第15条関係)

受理年月日 年 月 日

年 月 日

島根県知事 様

精神障害者保健福祉手帳申請書

精神障害者保健福祉手帳 (精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条) について申請します。(該当するものに 印を付すること。)

〔 新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の区域を越える住所変更 〕

| | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------|--------|--------------------------|------|-------|--------|--|--|
| 申請者 (精神障害者本人について記入) | フリガナ | | 性別 男 女 | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| | 氏 名 | ④ | | | | | | |
| | 住 所 | 電話 () | | | | | | |
| 家族の連絡先 | 氏 名 | | 続柄 | | 住所 | 電話 () | | |
| 添付書類 (印) | 医師の診断書 | | 既存の手帳の有効期限 | | 年 月 日 | | | |
| | 年金証書の写し (級) | | 既存の手帳の手帳番号 | | | | | |
| | | | 自立支援医療費 (精神通院医療) 受給者番号 | | | | | |
| 申請書を提出した者 | 氏 名 | ④ | 本人との関係 | | 住所 | 電話 () | | |
| | (本人と異なる場合に記入) | | | | | | | |

(注) 精神障害者保健福祉手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込 (支払) 通知書の写し (障害等級の判定のために社会保険事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。) 」が必要です。

様式第5号その1を削る。

様式第5号その2中「痴呆」を「認知症」に改め、同様式を様式第5号とする。

様式第6号及び様式第7号を次のように改める。

様式第6号及び様式第7号 削除

様式第13号から様式第15号までを削る。

(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部改正に伴う経過措置)

- 6 前項の規定による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の規定により作成した用紙でこの規則の施行の際現に残存するものは、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

(療育の給付、育成医療の給付、養育医療の給付及び小児慢性特定疾患治療研究事業の医療の給付に係る費用の徴収等に関する規則の一部改正)

- 7 療育の給付、育成医療の給付、養育医療の給付及び小児慢性特定疾患治療研究事業の医療の給付に係る費用の徴収等に関する規則(昭和62年島根県規則第22号)の一部を次のように改正する。

題名中「、育成医療の給付」を削る。

第1条中「、第3項」を削り、「第21条第3項」を「第21条の4第1項」に改める。

第2条第2項を削り、同条第3項中「第21条の9の2」を「第21条の9の6」に改め、同項を同条第2項とする。

第3条第1項中「又は第2項」及び「及び扶養義務者に支払を命ずる額」を削り、「徴収額等」を「徴収額」に改め、「、育成医療の給付」を削り、同条第2項を削り、同条第3項中「徴収額等」を「徴収額」に、「前2項」を「前項」に、「これら」を「同項」に、「育成医療」を「療育の給付」に、「四捨五入する」を「切り捨てる」に改め、同項を同条第2項とし、同条第4項中「前3項」を「前2項」に、「徴収額等」を「徴収額」に改め、同項を同条第3項とし、同条第5項中「前条第3項」を「前条第2項」に改め、同項を同条第4項とする。

第7条中「徴収額等」を「徴収額」に改める。

別表第2の1の表の見出し中「及び育成医療の給付」を削る。

様式第1号備考4中「、育成医療の給付」を削る。

様式第2号中「育成医療の給付、」及び「同条第5項、」を削り、「第21条第3項」を「第21条の4第1項」に改める。

様式第 1 号 (第 2 条関係)

| 自立支援医療費 (育成医療) 支給認定申請書 (新規・再認定) | | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------------------|---------|-----|----------|----------|---------|
| | | | | | | 1 | |
| 受診者である児童 | フリガナ | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生 年 月 日 |
| | 受診者氏名 | | | | | 年 月 日 | |
| 受診者である児童 | フリガナ | | 〒 | | 電話番号 | | |
| | 受診者住所 | | | | | | |
| 保 護 者 | フリガナ | | 受診者との関係 | | | | |
| | 保護者氏名 | | | | | | |
| | フリガナ | | 〒 | | 電話番号 | 2 | |
| 保護者住所 | | | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 受診者である児童の被保険者証の記号及び番号 | | 保険者名 | | | | |
| | 受診者である児童と同一保険の被保険者 | | | | | | |
| | 該当する所得区分 3 | 生保・低 1 ・ 低 2 ・ 中間 1 ・ 中間 2 ・ 一定以上 | | | 重度かつ継続 4 | 該当 ・ 非該当 | |
| 身体障害者手帳番号 | | | | | | | |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関 (薬局及び訪問看護事業者を含む。) | 医 療 機 関 名 | | | | 所在地・電話番号 | | |
| | | | | | 〒 | | |
| | | | | | 〒 | | |
| 受給者番号 5 | | | | | | | |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 Ⓜ 6</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>島根県知事 様</p> | | | | | | | |

- 1 新規・再認定のいずれかに をすること。
- 2 受診者である児童と異なる場合に記入すること。
- 3 チェックシートを参照し、該当する区分に をすること。
- 4 チェックシートを参照し、該当する区分に をすること。
- 5 再認定の場合のみ記入すること。
- 6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

ここから下の欄には記入しないでください。

保健所記入欄

| | | | | |
|---------|------------------------------|----------------------------------|--------|--|
| 申請受付年月日 | | 認 定 年 月 日 | | |
| 前回所得区分 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ継続 | 該当・非該当 | |
| 今回所得区分 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ継続 | 該当・非該当 | |
| 所得確認書類 | 市町村民税所得課税証明書 生活保護受給世帯の証明書 | 市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類 () | | |
| 備 考 | | | | |

様式第 2 号 (第 2 条関係)

| 自立支援医療費 (精神通院医療) 支給認定申請書 (新規・再認定・変更) | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|---------|-----|----------------------------------|----------|---------|
| 1 | | | | | | | |
| 障害者・児 | フリガナ | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生 年 月 日 |
| | 受診者氏名 | | | | | | 年 月 日 |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ | | 電話番号 | | | | |
| | 受診者住所 | 〒 | | | | | |
| 受給者証の送付先 | フリガナ | | 受診者との関係 | | | | |
| | 保護者氏名 | | | | | | |
| | フリガナ | | 電話番号 | | 2 | | |
| 受給者証の送付先 | (該当番号に をすること。) | (住所) | 〒 | | (3の場合は、医療機関名を記入すること。) (医療機関名) | | |
| | 1 受診者本人 2 家族 3 受診する医療機関 4 その他 | (2、4の場合は、宛先人の氏名と続柄を記入すること。) | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者証の記号及び番号 | | 保険者名 | | | | |
| | 受診者と同一保険の加入者 | | | | | | |
| | 該当する所得区分 3 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | | | 重度かつ継続 4 | 該当 ・ 非該当 | |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | | | | | | | |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関 (薬局及び訪問看護事業者を含む。) | 医 療 機 関 名 | | | | 所在地・電話番号 | | |
| | | | | | | | |
| 受給者番号 5 | | | | | | | |
| 私は、上記のとおり、自立支援医療費 (精神通院医療) の支給を申請します。 | | | | | | | |
| | | | | | | 申請者氏名 | ⑥ 6 |
| | | | | | | 年 月 日 | |
| 島根県知事 | | | | 様 | | | |

- 1 新規・再認定・変更 (自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合) のいずれかに をすること。
- 2 受診者本人と異なる場合に記入すること。
- 3 チェックシートを参照し、該当する区分に をすること。
- 4 チェックシートを参照し、該当する区分に をすること。
- 5 再認定又は変更の場合のみ記入すること。
- 6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

..... ここから下の欄には記入しないでください。

島根県・市町村記入欄 は市町村が記入

| | | | | | |
|----------|-----------------------|----------|--|--------|--|
| 申請受付年月日 | | 進達年月日 | | 認定年月日 | |
| 前回所得区分 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ継続 | | 該当・非該当 | |
| 今回所得区分 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ継続 | | 該当・非該当 | |
| 前回の受給者番号 | | 今回の受給者番号 | | | |
| 備 考 | | | | | |

様式第 3 号 (第 2 条関係)

| 自立支援医療 (育成医療) 意見書 | | | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------------------------|------|-------|-------|-------|
| フリガナ 受診者氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 年 月 日 |
| 受診者住所 | 〒 | | | | | |
| 病名 | | | | 発症年月日 | 年 月 日 | |
| 障害の種類 (該当するものに を付けてください。) | (1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)その他内臓障害 (9)免疫機能障害 | | | | | |
| 医療の具体的方針 | | | | | | |
| 治療 | 治療見込期間 | 入院治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) | 日間 | } 通算 | 日間 | |
| | | 通院治療回数及び期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) | 回 日間 | | | |
| | | 訪問看護予定回数及び期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) | 回 日間 | | | |
| | 医療費概算額 | 入院治療費 円 | } 計 | 円 | | |
| | | 通院治療費 円 | | | | |
| | | 訪問看護等 円 | | | | |
| 移送費見込額 | 円 | | | | | |
| 医療費及び移送費合計額 | 円 | | | | | |
| 上記治療見込期間内の院外処方の有無 | 有 ・ 無 (該当する方を で囲ってください。) | | | | | |
| 補装具 | 該当する場合、補装具名 : | | | | | |
| 治療後における障害の回復状況の見込み | | | | | | |
| 上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。 | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | |
| 指定自立支援医療機関名 | | | | | | |
| 所在地 〒 | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | |
| 担当医師名 | | | | | | |
| ㊟ | | | | | | |

様式第4号(第2条関係)

診断書(自立支援医療費(精神通院医療)申請用)

| | | | |
|--|---------------------|----------------|-------|
| 氏名 | | 年月日生(満歳) | 男・女 |
| 住所 | 島根県 | | |
| 病名(1)主たる精神障害には状態像ではなく病名を記載し、ICDカテゴリーにはF0~F9、G40を記入すること。) | (1) 主たる精神障害 _____ | ICDカテゴリー _____ | |
| | (2) 従たる精神障害 _____ | _____ | |
| | (3) 身体合併症 _____ | _____ | |
| 発病から現在までの病歴(推定発病年月、精神科受診歴等) | (推定発病時期 _____ 年 月頃) | | |
| 現在の病状、状態像等(該当する項目番号を _____ で囲むこと。) | の病状、状態像等の具体的程度、症状等 | | |
| (1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他(_____) | | | |
| (2) そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他(_____) | | | |
| (3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他(_____) | | | |
| (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他(_____) | | | |
| (5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 3 意欲の減退 4 その他(_____) | | | |
| (6) 感情及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 その他(_____) | | | |
| (7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 その他(_____) | | | |
| (8) けいれん及び意識障害 1 けいれん 2 意識障害 3 その他(_____) | | | |
| (9) 精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール 2 覚せい剤 3 有機溶剤 4 その他(_____) | | | |
| (10) 知能障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 2 認知症 _____ ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 | | | |
| (11) 継続治療により寛解状態 | | | |
| 現在の治療内容(該当する _____ にレ印を付けること。) | その他(_____) | | |
| 向精神薬等の投与 | 精神科訪問看護・指導 | | |
| 通院精神療法 | 精神科デイケア | | |
| | 実施の場合は | 自医療機関 | 他医療機関 |
| 備考 | 年 月 日 | | |
| | 医療機関所在地 _____ | | |
| | 名 称 _____ | | |
| | 電 話 番 号 _____ | | |
| | 医師氏名(自署) _____ | | |

「重度かつ継続」に関する意見書

主たる精神障害（ICDカテゴリーに準じ該当する にチェックを付けること。）

- F 0 症状性を含む器質性精神障害
- F 1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害
- F 2 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害
- F 3 気分障害
- G 40 てんかん
- その他 (F)

「主たる精神障害」が上記 の場合のみ、下記についても記載すること。

医師の略歴（該当区分の をチェックし、その他の医師にチェックをされた医師は 3 年以上の精神医療従事歴がわかるように記載をすること。）

医師の区分

精神保健指定医

精神科医（精神医療の臨床経験 3 年以上）

その他の医師（精神医療従事歴：

（

）

様式第5号(第2条関係)

(表面)

| 自立支援医療受給者証(育成医療) | | | |
|----------------------|-------------------|-----------|-----------|
| 公費負担者番号 | | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | | |
| 受診者である児童 | フリガナ | | 性別 生年月日 |
| | 氏名 | | 男・女 年 月 日 |
| | フリガナ | | |
| | 住所 | 〒 | |
| | 被保険者証の記号及び番号 | | 保険者名 |
| | 重度かつ継続 | 該 当 ・ 非該当 | |
| 保 護 者 | フリガナ | | 続 柄 |
| | 氏 名 | | |
| | フリガナ | | |
| | 住 所 | 〒 | |
| 指定医療機関名 | 病院・診療所 | | 所在地・電話番号 |
| | 薬 局 | | 所在地・電話番号 |
| | 訪問看護事業者 | | 所在地・電話番号 |
| 自己負担上限額 | 月額 円 | | |
| 有効期間 | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | |
| 上記のとおり認定する。 年 月 日 | | | |
| 島根県知事 | | | 印 |

(裏面)

自立支援医療受給者証 (対象となる障害名及び医療の具体的方針)

| | |
|-------------------|-------|
| 公費負担の対象となる障害 | |
| 医 療 の 具 体 的 方 針 | |
| 特 定 疾 病 療 養 受 療 証 | 有 ・ 無 |

人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口提出すること。

様式第6号(第2条関係)

| 自立支援医療受給者証(精神通院) | | | | | | |
|--------------------------|--------------|---|--|--------|---|------|
| 公費負担者番号 | | | | 重度かつ継続 | | |
| | | | | | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | | | | | |
| 受診者 | フリガナ | | | | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | | | | | |
| | 被保険者証の記号及び番号 | | | | 保険者名 | |
| 保護者(受診者が18歳未満の場合記入すること。) | フリガナ | | | | 続柄 | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | | | | | |
| 指定医療機関名 | 名 | 称 | | | 所在地・電話番号 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 自己負担上限額 | | | | | 階層 | |
| | | | | | | |
| 有効期間 | | | | | | |
| 上記のとおり認定する。 | | | | | | |
| | | | | 年 月 日 | 島 根 県 印 | |

注 意 事 項

- 1 障害者自立支援法第58条第1項の規定に基づく自立支援医療費（精神通院医療）の受給を受ける場合は、被保険者証（又は組合員証）に添えてこの受給者証を指定医療機関に提出してください。
- 2 受給者証の記載事項（氏名、住所、保険者、指定医療機関）や加入している医療保険が変更となった場合など「世帯」の状況が変化した場合は、本証を受診者の居住地の市町村を経由して、都道府県知事に届け出てください。
- 3 継続して自立支援医療費（精神通院医療）の受給を受ける場合は、有効期間の終了する月の3か月前から有効期間の終了する月の前月末までに申請してください。
- 4 医療費は原則として1割負担ですが、自己負担上限額（月額）が設定された受診者の本人負担は、負担上限額以内となります。
- 5 この証が破れたり、汚れたり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 6 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。
- 7 自己負担上限額は毎月の「自己負担上限額管理票」で管理しますので、受診した指定医療機関（病院、診療所、薬局等を含む。）に管理票を提出してください。（月額の自己負担上限額を超えた時点から本人負担額はなくなります。）
- 8 「自己負担上限額管理表」は、毎月の自己負担上限額の管理をする大切な書類ですので、紛失しないようにしてください。

なお、記入欄に不足が生じた場合や「自己負担上限額管理票」を紛失したときは、市町村窓口及び指定医療機関に御相談ください。
- 9 この証に記載されている支給認定（以下「処分」といいます。）に不服があるときは、この証を受け取った日の翌日から起算して60日以内に島根県知事に対して異議申立てをすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、この証を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に島根県を被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただし、前記の異議申立てをした場合には、処分の取消しの訴えは、その異議申立てに係る決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

様式第7号(第2条関係)

| 自立支援医療費(育成医療)変更申請書 | | | | | | | |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|----------|-------|-----|-------|
| 受診者である児童 | フリガナ | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| | 受診者氏名 | | | | | | 年 月 日 |
| 受診者である児童 | フリガナ | | 電話番号 | | | | |
| | 受診者住所 | 〒 | | | | | |
| 保護者 | フリガナ | | 受診者との関係 | | | | |
| | 保護者氏名 | | | | | | |
| | フリガナ | | 電話番号 1 | | | 1 | |
| 保護者住所 1 | 〒 | | | | | | |
| 負担額に関する事項 | 受診者である児童の被保険者証の記号及び番号 | | 保険者名 | | | | |
| | 受診者である児童と同一保険の被保険者 | | | | | | |
| | 該当する所得区分 2 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ継続 3 | 該当 ・ 非該当 | | | |
| 身体障害者手帳番号 | | | | | | | |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。) | 医 療 機 関 名 | | | 所在地・電話番号 | | | |
| | | | | 〒 | | | |
| | | | | 〒 | | | |
| 私は、上記のとおり、支給認定を受けた内容について、変更申請します。 | | | | | | | |
| | | | | | 申請者氏名 | ④ 4 | |
| | | | | | 年 月 日 | | |
| 島根県知事 | | 様 | | | | | |

変更を要する箇所のみ記入すること。

- 1 受診者である児童と異なる場合に記入すること。
- 2 チェックシートを参照し、該当する区分に をすること。
- 3 チェックシートを参照し、該当する区分に をすること。
- 4 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

..... ここから下の欄には記入しないでください。

保健所記入欄

| | | | |
|----------|--|--------|--------|
| 申請受付年月日 | | 認定年月日 | |
| 前回所得区分 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ継続 | 該当・非該当 |
| 今回所得区分 | 生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上 | 重度かつ継続 | 該当・非該当 |
| 所得確認書類 | 市町村民税所得課税証明書 市町村民税非課税証明書 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類 () | | |
| 前回指定医療機関 | | | |
| 今回指定医療機関 | | | |
| 備 考 | | | |

様式第8号(第2条関係)

| 自立支援医療受給者証(育成医療)等記載事項変更届 | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受診者である児童 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | 男・女 | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 届出者(保護者) | フリガナ | | 続柄 | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | <table border="1" style="width:100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証の有効期間 | | 年 月 日 から 年 月 日 まで | | | | | | | | | | | | |
| 変更内容 | 事項 | 変更前 | 変更後 | | | | | | | | | | | |
| | 受診者である児童に関する事項(氏名・住所・電話番号) | | | | | | | | | | | | | |
| | 保護者に関する事項(氏名・住所・電話番号) | | | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者証に関する事項(記号及び番号・保険者名・受診者である児童と同一の医療保険の加入者) | | | | | | | | | | | | | |
| | 身体障害者手帳番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 ㊟</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>島根県知事 様</p> | | | | | | | | | | | | | | |

変更のある箇所のみ記入すること。

自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費(育成医療)変更申請書に記載すること。

様式第10号(第2条関係)

年 月 日

島根県知事 様

申請者 住所
氏名

印

自立支援医療受給者証(育成医療)再交付申請書

年 月 日付けで交付を受けた下記の受給者証を紛失(棄損)したので、再交付されるよう申請します。

記

| | | | | | | | |
|----------|----------|--|------|-----|----|---------|-------|
| 受診者である児童 | フリガナ | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 | 生年月日 |
| | 受診者氏名 | | | | | | 年 月 日 |
| 保護者 | フリガナ | | 電話番号 | | | 受診者との関係 | 生年月日 |
| | 受診者住所 | | | | | | |
| 再交付の理由 | フリガナ | | 電話番号 | | | 受診者との関係 | 生年月日 |
| | 保護者住所 | | | | | | |
| 再交付の理由 | 1 汚れ () | | | | | | |
| | 2 破れ () | | | | | | |
| | 3 紛失 () | | | | | | |

受診者本人と異なる場合に記入すること。

(注) 汚れ又は破れの場合は、自立支援医療受給者証(育成医療)を添付すること。

様式第11号 (第 2 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

申請者 住所
氏名

印

自立支援医療受給者証 (精神通院) 再交付申請書

年 月 日付けで交付を受けた下記の受給者証を紛失 (棄損) したので、再交付されるよう申請します。

記

| | | | | | | | |
|-----------------------|----------|--|-------------|-----|--------|---------------------------------------|---------|
| 障 害 者 ・ 児 | フリガナ | | 性 別 | 男・女 | 年 齢 | 歳 | 生 年 月 日 |
| | 受診者氏名 | | | | | | 年 月 日 |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ | | 電話番号 | | | | |
| | 受診者住所 | | | | | | |
| 受診者が18歳未満の場合 | フリガナ | | 電話番号 | | | 受診者との関係 | |
| | 保護者氏名 | | | | | | |
| 受給者証の送付先 | フリガナ | | 電話番号 | | | 受診者との関係 | |
| | 保護者住所 | | | | | | |
| 再交付の理由 | 1 汚れ () | (該当番号に をすること。) | (住所) 〒 | | | (3 の場合は、医療機関名を記入すること。) (医療機関名) | |
| | 2 破れ () | 1 受診者本人 2 家族 3 受診する医療機関 4 その他 | | | | | |
| 再交付の理由 | 3 紛失 () | | | | | | |

受診者本人と異なる場合に記入すること。

(注) 汚れ又は破れの場合は、自立支援医療受給者証 (精神通院) を添付すること。

様式第12号その1 (第 3 条関係)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定 (変更) 申請書
(病院又は診療所)

| | | | | |
|---------------------|----------|--------------------------|----------|--|
| 保険医療機関 | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | 電話番号 | |
| 開 設 者 | 住 所 | 〒 | 電話番号 | |
| | 氏名又は名称 | | | |
| 標ぼうしている診療科名 | | | | |
| 担当しようとする医療の種類 | | | | |
| 主として担当する医師又は歯科医師の経歴 | (別紙 1) | 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要 | (別紙 2) | |
| 自立支援医療を行うための入院設備の定員 | 人 | | | |

上記のとおり、障害者自立支援法第59条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) として指定 (変更) されたく申請する。

年 月 日

開設者

住 所

氏名又は名称



島根県知事 様

育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、「 (育成医療・更生医療) 」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

記載要領

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 「担当しようとする医療の種類」は、次のうち希望するものを記載すること。
 - (1) 眼科に関する医療
 - (2) 耳鼻咽喉科に関する医療
 - (3) 口腔に関する医療
 - (4) 整形外科に関する医療
 - (5) 形成外科に関する医療
 - (6) 中枢神経に関する医療
 - (7) 脳神経外科に関する医療
 - (8) 心臓脈管外科に関する医療
 - (9) 腎臓に関する医療
 - (10) 腎移植に関する医療
 - (11) 小腸に関する医療
 - (12) 歯科矯正に関する医療
 - (13) 免疫に関する医療
- 3 「主として担当する医師又は歯科医師の経歴」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 4 「自立支援医療を行うための収容設備の定員」は、医療の種類ごとに記載すること。
- 5 (別紙1) 経歴書の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載すること。
- 6 (別紙1) 経歴書の「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における必要な記録を記載すること。
- 7 (別紙1) 経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。
 - (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。
 - (2) 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し、又は研究等のために利用した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。
 - (3) 勤務先における身分(医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
 - (4) 非常勤職員については、1か月又は1週間当たりの勤務日数及び延時間数を明確に記載すること。
 - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件、利用状況等を具体的に記入すること。
 - (6) 大学院については、専門コースを明確に記載すること。
- 8 (別紙1) 経歴書には、指導者氏名、研究テーマ、研究の内容別(講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等)期間、従事日数(1か月又は1週間当たり)その他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書(別紙3)を添付すること。
- 9 腎臓に関する医療及び小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ(別紙4)及び(別紙5)による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付すること。
- 10 (別紙2) 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載すること。

(別紙1)

経 歴 書

| | | | | | |
|--------------|---------|------------------------------|---|------|--|
| 学 位 | | フリガナ 氏 名 | Ⓔ | 生年月日 | |
| 現 住 所 | | | | | |
| 関係学会 加入状況 | | | | | |
| 年 月 日 | 任 免 事 項 | 師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名 | | | |
| | | | | | |

(別紙 2)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

| 区 分 | 品 目 | 数 量 | 品 目 | 数 量 |
|------------------|-----|-----|-----|-----|
| 設 備 (主要なもの) | | | | |
| 体 制 | | | | |

(別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名

氏 名

印

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 年 月 日)
至 年 月 日)

月間(1週 日 時間)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日)
至 年 月 日)

月間(1週 日 時間)

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏 名

印

(別紙 4)

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名

氏 名

印

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日

至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

| 期 間 | 患者数 | 回 数 | 医 療 機 関 名 等 |
|-----------|-----|-----|-------------|
| 年 月 ~ 年 月 | 人 | 回 | |
| 年 月 ~ 年 月 | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | | | |

3 透析療法従事職員研修受講の有無

(1) 有 (年度研修)

(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名

印

(別紙 5)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

| | | | |
|-------|-----------------------------|---|-----|
| 医療機関名 | | 主たる担当 医師名 | |
| 医療機関名 | 期 間 | 症 例 数 | 備 考 |
| | 年月日 年月日 ~ ~ ~ | 中心静脈栄養法 () () () | |
| | 年月日 年月日 ~ ~ ~ | 経腸栄養法 | |

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名

氏 名



備考

- 「医療機関名」欄には、正式名称を記載すること。
- 「主たる担当医師名」欄には、小腸に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 症例数を記入する欄には個々の症例を直近時からさかのぼって記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足りること。
ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法20例以上、経腸栄養法10例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付すること。
- 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（ ）内に再掲すること。
(1) 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えないこと。
(2) 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが10日間以上のものを症例として計上すること。
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、同一日又は翌日に再挿入した場合は1回とみなし、複数の症例として計上しないこと。

様式第12号その 2 (第 3 条関係)

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) 指定申請書
(薬局)

| | | | |
|--|--------|----------|----------|
| 保 険 薬 局 | 名 称 | | |
| | 所 在 地 | 〒 | 電話番号 |
| 開 設 者 | 住 所 | 〒 | 電話番号 |
| | 氏名又は名称 | | |
| 薬 剤 師 の 氏 名 | | 略 歴 | (別紙 1) |
| 調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要 | | (別紙 2) | |
| <p>上記のとおり、障害者自立支援法第59条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療) とし て指定されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住 所 氏名又は名称 印</p> <p>島根県知事 様</p> | | | |

育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、「 (育成医療・更生医療) 」のうち、指定を希
望しない医療部分を二重線で消去すること。

(別紙1)

経 歴 書

| | | | | | |
|---------|--|-------------|---|------|--|
| 学 位 | | フリガナ 氏 名 | Ⓜ | 生年月日 | |
| 現 住 所 | | | | | |
| 最 終 学 歴 | | | | | |
| 主たる職歴 | | | | | |

(別紙 2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

| 調剤室の構造 | 調剤室の面積 | | |
|--------|--------|-----|--|
| | 品 目 | 品 目 | |
| 主たる設備 | | | |

備考 1 薬局の見取図を添付すること。

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。

様式第12号その3 (第3条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定申請書
(指定訪問看護事業者等)

| | | |
|---------------------------|------------|---|
| 指定居宅サービス事業者・ 指定訪問看護事業者 | 名 称 | |
| | 主たる事務所の所在地 | 〒 電話番号 |
| 訪問看護ステーション等 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | 〒 電話番号 |
| | 職員の定数 | (別紙) |

上記のとおり、障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として指定されたく申請する。

年 月 日

指定居宅サービス事業者
指定訪問看護事業者
所在地
名 称



島根県知事 様

育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。

(別紙)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定
老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第 8 条第 4
項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

| 職 種 | 定 数 |
|-----|-----|
| | |

備考 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。

様式第13号その1(第3条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書
(病院又は診療所)

| | | |
|--|--------|--------|
| 保険医療機関 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | 〒 電話番号 |
| 開 設 者 | 住 所 | 〒 電話番号 |
| | 氏名又は名称 | |
| 標ぼうしている診療科名 | | |
| 主として担当する医師の経歴 | | (別紙) |
| <p>上記のとおり、障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(精神通院医療)として指定されたく申請する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者 住 所 氏名又は名称 印</p> <p>島根県知事 様</p> | | |

標ぼうしている診療科名が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に係る診療科名のみで差し支えないこととする。

記載要領

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載すること。
- 2 (別紙)経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること(主として担当する医師が複数ある場合には、そのうちいずれか1名について記載すること。)
 - (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。
 - (2) 病院、診療所等医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載すること。
 - (3) 勤務先における身分(医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。
 - (4) 非常勤職員については、申請時点における直近1か月又は1週間当たりの勤務日数、延時間数を明確に記載すること。
 - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合にあつては、申請の対象となる施設における勤務条件等を具体的に記載すること。

(別紙)

経 歴 書

| | | | |
|-------------|---------|------|--|
| フリガナ 氏 名 | ① | 生年月日 | |
| 現 住 所 | | | |
| 年 月 日 | 任 免 事 項 | | |
| | | | |

様式第13号その2 (第 3 条関係)

指定自立支援医療機関 (精神通院医療) 指定申請書
(薬局)

| | | | | |
|---|--------|---|----------|----------|
| 保 険 薬 局 | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | 電話番号 | |
| 開 設 者 | 住 所 | 〒 | 電話番号 | |
| | 氏名又は名称 | | | |
| 薬 剤 師 の 氏 名 | | | 略 歴 | (別紙 1) |
| 調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要 | | | (別紙 2) | |
| <p>上記のとおり、障害者自立支援法第59条第 1 項の規定による指定自立支援医療機関 (精神通院医療) として指定されたく申請する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者 住 所 氏名又は名称</p> <p style="text-align: right;">①</p> <p>島根県知事 様</p> | | | | |

(別紙1)

経 歴 書

| 学 位 | | フリガナ 氏 名 | ④ | 生年月日 | |
|---------|--|-------------|---|------|--|
| 現 住 所 | | | | | |
| 最 終 学 歴 | | | | | |
| 主たる職歴 | | | | | |

(別紙 2)

調剤のために必要な設備及び施設の概要

| 調剤室の構造 | 調剤室の面積 | |
|--------|--------|-----|
| | 品 目 | 品 目 |
| 主たる設備 | | |

備考 1 薬局の見取図を添付すること。

2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載すること。

様式第13号その3 (第3条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書
(指定訪問看護事業者等)

| | | |
|---------------------------|------------|-----------|
| 指定居宅サービス事業者・ 指定訪問看護事業者 | 名 称 | |
| | 主たる事務所の所在地 | 〒 電話番号 |
| 訪問看護ステーション等 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | 〒 電話番号 |
| | 職員の定数 | (別紙) |

上記のとおり、障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(精神通院医療)として指定されたく申請する。

年 月 日

指定居宅サービス事業者
指定訪問看護事業者
所在地
名 称



島根県知事 様

(別紙)

訪問看護ステーション等において指定訪問看護若しくは指定
老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第 8 条第 4
項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

| 職 種 | 定 数 |
|-----|-----|
| | |

備考 職員の定数は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載すること。

様式第14号その1(第3条関係)

年 月 日

島根県知事 様

指定自立支援医療機関開設者 住 所
氏名又は名称

印

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療・精神通院医療)変更届
(病院又は診療所)

下記のとおり変更が生じたので、障害者自立支援法第64条の規定により届け出ます。

記

| | | | | |
|---|-------|-------|-----------|--|
| 保 険 医 療 機 関 | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | |
| 指 定 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| 変更のあった事項 | 変 更 前 | 変 更 後 | 変 更 年 月 日 | |
| 1 医療機関の名称及び所在地 | | | | |
| 2 開設者の住所及び氏名又は名称 | | | | |
| 3 標ぼうしている診療科名 | | | | |
| 4 指定自立支援医療を主に担当する医師 又は歯科医師の氏名及び経歴 | | | | |
| 5 指定自立支援医療を行うために必要な 設備の概要 | | | | |
| 6 患者を収容する施設の有無及び有する ときはその収容定員(診療所のみ) | | | | |
| 7 その他 | | | | |

育成医療又は更生医療の場合のみ記入すること。

様式第14号その 2 (第 3 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

指定自立支援医療機関開設者 住 所
氏名又は名称

印

指定自立支援医療機関 (育成医療 ・ 更生医療 ・ 精神通院医療) 変更届
(薬局)

下記のとおり変更が生じたので、障害者自立支援法第64条の規定により届け出ます。

記

| | | | | |
|----------------------|-------|-------|-------|--|
| 保 険 薬 局 | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | 〒 | | |
| 指 定 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| 変更のあった事項 | 変 更 前 | 変 更 後 | 変更年月日 | |
| 1 薬局の名称及び所在地 | | | | |
| 2 開設者の住所及び氏名又は名称 | | | | |
| 3 調剤のために必要な設備及び施設の概要 | | | | |
| 4 薬剤師の氏名 | | | | |
| 5 その他 | | | | |

様式第14号その3 (第3条関係)

年 月 日

島根県知事 様

指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者 所在地
名 称 印

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療・精神通院医療)変更届
(指定訪問看護事業者等)

下記のとおり変更が生じたので、障害者自立支援法第64条の規定により届け出ます。

記

| | | | | |
|-----------------------------|------------|-------|-----------|--|
| 指定居宅サービス事業者 者・指定訪問看護事業者 | 名 称 | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | 〒 | | |
| 指 定 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| 変更のあった事項 | 変 更 前 | 変 更 後 | 変 更 年 月 日 | |
| 1 指定訪問看護事業者等の名称及び主たる事務所の所在地 | | | | |
| 2 訪問看護ステーション等の名称及び所在地 | | | | |
| 3 職員の定数 | | | | |
| 4 その他 | | | | |

様式第15号その1 (第 3 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

指定自立支援医療機関開設者 住 所
氏名又は名称

印

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) 廃止 (休止・再開) 届
(病院又は診療所)

下記のとおり指定自立支援医療機関の業務を廃止 (休止・再開) したので、障害者自立支援法施行規則第63条の規定により届け出ます。

記

| | | |
|-------------------------|---------------|---|
| 保 険 医 療 機 関 | 名 称 | 〒 |
| | 所 在 地 | |
| 指 定 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 廃 止 (休 止 ・ 再 開) 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 廃 止 (休 止 ・ 再 開) の 理 由 | | |
| 休 止 予 定 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |

様式第15号その2 (第 3 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

指定自立支援医療機関開設者 住 所
氏名又は名称

印

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) 廃止 (休止・再開) 届
(薬局)

下記のとおり指定自立支援医療機関の業務を廃止 (休止・再開) したので、障害者自立支援法施行規則第63条の規定により届け出ます。

記

| | | |
|-------------------------|---------------|---|
| 保 険 薬 局 | 名 称 | 〒 |
| | 所 在 地 | |
| 指 定 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 廃 止 (休 止 ・ 再 開) 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 廃 止 (休 止 ・ 再 開) の 理 由 | | |
| 休 止 予 定 期 間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | |

様式第15号その3 (第 3 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者 所在地
名 称 印

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) 廃止 (休止・再開) 届
(指定訪問看護事業者等)

下記のとおり指定自立支援医療機関の業務を廃止 (休止・再開) したので、障害者自立支援法施行規則第63条の規定により届け出ます。

記

| | | |
|-----------------------|------------|---------------|
| 指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者 | 名 称 | |
| | 主たる事務所の所在地 | 〒 |
| 指 定 年 月 日 | | 年 月 日 |
| 廃止 (休止・再開) 年月日 | | 年 月 日 |
| 廃止 (休止・再開) の理由 | | |
| 休 止 予 定 期 間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 |

様式第16号その1 (第3条関係)

年 月 日

島根県知事 様

指定自立支援医療機関開設者 住 所
氏名又は名称

印

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) 指定辞退申出書
(病院又は診療所)

下記のとおり指定自立支援医療機関の指定を辞退するので、障害者自立支援法施行令第40条の規定により申し出ます。

記

| | | |
|-------------|-------|---|
| 保 険 医 療 機 関 | 名 称 | 〒 |
| | 所 在 地 | |
| 指 定 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 辞 退 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 辞 退 の 理 由 | | |

様式第16号その 2 (第 3 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

指定自立支援医療機関開設者 住 所
氏名又は名称

印

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) 指定辞退申出書
(薬局)

下記のとおり指定自立支援医療機関の指定を辞退するので、障害者自立支援法施行令第40条の規定により申し出ます。

記

| | | |
|-----------|-------|---|
| 保 険 薬 局 | 名 称 | 〒 |
| | 所 在 地 | |
| 指 定 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 辞 退 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 辞 退 の 理 由 | | |

様式第16号その3 (第 3 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

指定居宅サービス事業者・指定訪問看護事業者 所在地
名 称 ⑩

指定自立支援医療機関 (育成医療・更生医療・精神通院医療) 指定辞退申出書
(指定訪問看護事業者等)

下記のとおり指定自立支援医療機関の指定を辞退するので、障害者自立支援法施行令第40条の規定により申し出ます。

記

| | | |
|-------------------------------|----------------|-------|
| 指定居宅サービス 事業者・指定訪問 看護事業者 | 名 称 | |
| | 主たる事務所の 所在地 | 〒 |
| 指 定 年 月 日 | | 年 月 日 |
| 辞 退 年 月 日 | | 年 月 日 |
| 辞 退 の 理 由 | | |

様式第17号 (第 4 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 (電話)

障害福祉サービス事業開始届

下記のとおり障害福祉サービス事業を開始するので、障害者自立支援法第79条第 2 項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

記

Table with 4 columns for business types (居宅介護, 行動援護, etc.) and rows for applicant info, employee details, and facility info.

- 添付書類 1 収支予算書 2 事業計画書
備考 1 届出者が法人の場合... 2 「事業の種類及び内容」欄... 3 「主な職員の氏名」欄... 4 「事業を行おうとする区域」欄... 5 「事業の用に供する施設」欄... 6 記載事項が多い...

様式第18号 (第 4 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 印
(電話)

障害福祉サービス事業変更届

下記のとおり障害福祉サービス事業の届出事項を変更したので、障害者自立支援法第79条第 3 項の規定により届け出ます。

記

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 事業の種類 | 1 居宅介護 2 行動援護 3 児童デイサービス 4 短期入所 5 外出介護 6 障害者デイサービス 7 共同生活援助 | | |
| 変更事項 | 1 事業の種類及び内容 2 経営者の氏名及び住所 (法人にあっては、その名称及び主たる事務所の所在地) 3 条例、定款その他の基本約款 4 職員の定数及び職務の内容 5 主な職員の氏名及び経歴 6 事業を行おうとする区域 7 事業の用に供する施設 ((1)施設名称 (2)施設種類 (3)所在地 (4)入所定員) 8 事業開始の予定年月日 | | |
| 変更内容 | 変更前 | | |
| | 変更後 | | |
| 変更の理由 | | | |
| 変更年月日 | 年 月 日 | | |

備考 1 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「事業の種類」欄及び「変更事項」欄は、該当するものの番号を で囲むこと。

様式第19号 (第 4 条関係)

年 月 日

島根県知事 様

届出者 住所
氏名 ①
(電話)

障害福祉サービス事業廃止 (休止) 届

下記のとおりに障害福祉サービス事業を^{廃止}するので、障害者自立支援法第79条第 4 項の規定により届け出ます。
休止

記

| | |
|-----------------------------|---|
| 事業の種類 | 1 居宅介護 2 行動援護 3 児童デイサービス 4 短期入所 5 外出介護 6 障害者デイサービス 7 共同生活援助 |
| 廃止 休止の予定年月日 | 年 月 日 |
| 休止の予定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| 廃止 休止の理由 | |
| 現に便宜を受け、又は入所 している者に対する措置 | |

- 備考 1 届出者が法人の場合にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者の氏名を記入すること。
2 「事業の種類」欄は、該当するものの番号を で囲むこと。

