

# 香川県報



号外 10

平成 18 年

3月28日(火曜日)

## 目次

（●印は、県法規集掲載事項）ページ

規 則	
● 指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定等に関する規則の一部改正	一
● 障害者自立支援法施行細則	七
● 身体障害者福祉法施行細則の一部改正	三四
● 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	三七
● 児童福祉法施行細則の一部改正	四〇
● 知的障害者福祉法施行細則の一部改正	四三

## 規 則

指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成十八年三月二十八日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第四十一号

指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定等に関する規則の一部を改正する規則

第一条 指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定等に関する規則（平成十二年香川県規則第一百四十四号）の一部を次のように改正する。

第一号様式中「緩和対応型共同生活介護」を「認知症対応型共同生活介護」に改める。

第九号様式中「地元生涯学習推進事業」を「地元生涯学習推進事業」に改め、

「4 介護力強化推進」を削る。

第二条 指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設の指定等に関する規則の一部を次のように改正する。

題名中「指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設」を削る。

第一条中「及び介護保険施設」を「介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者」に改める。

第二条中「及び第七十七条第一項」を「第七十七条第一項及び第一百五十五条の二第一項」に改め、「介護保険施設」の下に「指定介護予防サービス事業者」を加える。

第二条の次に次の一条を加える。

（指定の更新の申請）

第二条の二 法第七十条の二第二項（法第一百五十五条の十において準用する場合を含む。）、

第七十九条の二第二項、第八十六条の二第一項、第九十四条の二第一項及び第七十七条

の二第一項の更新の申請は、指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介

護保険施設、指定介護予防サービス事業者）指定（開設許可）更新申請書（第一号様

式の二）により行うものとする。

第三条中「の申出は」を「（法第一百五十五条の十において準用する場合を含む。）の申

出は」に改める。

第四条中「第九十九条及び第一百一十一条」を「第九十九条、第一百一十一条及び第一百五

の五」に改める。

第十条中「及び介護保険施設」を「介護保険施設及び指定介護予防サービス事業者」

に改める。

第一号様式を次のように改める。

第1号様式（第2条関係）

（表面）

受付番号	
------	--

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）指定（開設許可）申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所

氏 名 ㊟

（法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）の指定（開設許可）を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町番号	
------------	--

申 請 者	フリガナ 名 称				
	主たる事務所の 在 地	（郵便番号 - ） （ビルの名称等）			
	連 絡 先	電話番号		FAX 番号	
	法 人 の 種 別		法人所轄庁 フリガナ		
	代表者の職・氏名・ 生年月日	職名	氏 名		生年月日
指 定 （ 許 可 ） を 受 け よ う と す る 事 業 所 （ 施 設 ） の 種 類	代表者（開設者） の 住 所	（郵便番号 - ） （ビルの名称等）			
	フリガナ 名 称				
	事業所等の所在地	（郵便番号 - ） （ビルの名称等）			
	同一所在地において行う事業等の種類	実施 事業	指定(許可)申請を する事業等(事業 開始予定年月日)	既に指定(許可)を 受けている事業等 (指定(許可)年月日)	備 考
	居 宅 サ ー ビ ス	訪問介護			
		訪問入浴介護			
		訪問看護			
		訪問リハビリテーション			
		居宅療養管理指導			
		通所介護			
		通所リハビリテーション			
		短期入所生活介護			
		短期入所療養介護			
		特定施設入居者生活介護			
	福祉用具貸与				
特定福祉用具販売					
施 設	居宅介護支援				
	介護老人福祉施設				
	介護老人保健施設				
介 護 予 防 サ ー ビ ス	介護療養型医療施設				
	介護予防訪問介護				
	介護予防訪問入浴介護				
	介護予防訪問看護				
	介護予防訪問リハビリテーション				
	介護予防居宅療養管理指導				
	介護予防通所介護				
	介護予防通所リハビリテーション				
	介護予防短期入所生活介護				
	介護予防短期入所療養介護				
	介護予防特定施設入居者生活介護				
	介護予防福祉用具貸与				
特定介護予防福祉用具販売					
介護保険事業所番号	（既に指定又は許可を受けている場合）				
医療機関コード等					

(裏面)

- 備考
- 1 印の欄には、記入しないでください。
  - 2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
  - 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
  - 4 「実施事業」欄は、今回申請及び既に指定等を受けているものを含めて、該当する欄に「 」を記入してください。  
なお、今回の申請に伴い、介護保険法第72条第1項(同法第115条の10において準用する場合を含む。)の規定に基づき、指定があったものとみなされる事業については、「実施事業」欄に「みなし」と記入してください。
  - 5 「指定(許可)申請をする事業等」欄は、該当する欄に事業等の開始(開設)予定年月日を記入してください。
  - 6 「既に指定等を受けている事業等」欄は、介護保険法による指定事業者又は介護保険施設として指定(許可)された年月日(介護保険法第71条第1項又は第72条第1項の規定に基づき指定があったものとみなされたときは保険医療機関等の指定等を受けた年月日、介護保険法施行法第4条、第5条、第7条及び第8条の規定に基づき指定(許可)があったものとみなされたものについては「12.4.1」)を記入してください。
  - 7 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。
  - 8 この申請書には、指定(許可)を受けようとする事業所(施設)の種類ごとに、知事が別に定める書類を添付してください。
  - 9 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第一号様式の次に次の一様式を加える。

第1号様式の2（第2条の2関係）

受付番号	
------	--

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、  
指定介護予防サービス事業者）指定（開設許可）更新申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

印

（法人にあっては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名）

指定居宅サービス事業者（指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、指定介護予防サービス事業者）  
の指定（開設許可）更新を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町番号	
------------	--

申 請 者	フリガナ 名 称				
	主たる事務所の 所 在 地	（郵便番号 - ） （ビルの名称等）			
	連 絡 先	電話番号		FAX番号	
	法 人 の 種 別		法人所轄庁		
	代表者の職・ 氏名・生年月日	職名		フリガナ 名 称	生年月日
	代表者（開設者） の 住 所	（郵便番号 - ） （ビルの名称等）			
	事 業 者 （ 施 設）	フリガナ 名 称			
所 在 地		（郵便番号 - ）			
連 絡 先		電話番号		FAX番号	
サービスの種類					
現に受けている指定（許可）の指定（許可）年月日					
現に受けている指定（許可）の有効期間満了日					
介護保険事業所番号					
医療機関コード等					

- 備考
- 1 印の欄には、記入しないでください。
  - 2 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
  - 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
  - 4 保険医療機関、保険薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記入してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記入してください。
  - 5 この申請書には、指定（許可）更新を受けようとする事業所（施設）の種類ごとに、知事が別に定める書類を添付してください。
  - 6 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第115条第1項の規定」の指定」を「（第115条の10において準用する場合を含む。）の規定」

に

「

申出に係る居宅サービスの種類	1 訪問看護
	2 訪問リハビリテーション
	3 居宅療養管理指導
	4 通所リハビリテーション
	5 短期入所療養介護

を

「

申出に係るサービスの種類	1 訪問看護
	2 訪問リハビリテーション
	3 居宅療養管理指導
	4 通所リハビリテーション
	5 短期入所療養介護
	6 介護予防訪問看護
	7 介護予防訪問リハビリテーション
	8 介護予防居宅療養管理指導
	9 介護予防通所リハビリテーション
	10 介護予防短期入所療養介護

に

第115条第1項の規定」を「第115条の10において準用する場合を含む。）の規定」

第115条第1項の規定」を「第115条の10において準用する場合を含む。）の規定」

第3号様式(第4条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名 ㊟

(法人にあっては、主たる事務所の  
所在地、名称及び代表者の氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、介護保険法第75条(第82条、第89条、第99条、第111条、第115条の5)の規定により届け出ます。

指定内容を変更した事業所(施設)		介護保険事業所番号	名 称
サ ー ビ ス の 種 類		所在地	
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容	
1	事業所(施設)の名称	(変更前)	
2	事業所(施設)の所在地		
3	主たる事務所の所在地		
4	代表者(開設者)の氏名、生年月日、住所及び職名		
5	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書・条例等(当該事業に関するものに限る。)		
6	事業所(施設)の建物の構造、専用区画等		
7	備品(訪問入浴介護事業及び介護予防訪問入浴介護事業に限る。)		
8	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴(介護老人保健施設を除く。)		
9	サービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
10	運営規程		
11	協力医療機関又は協力歯科医療機関	(変更後)	
12	事業所の種別		
13	提供する居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導の種類		
14	事業実施形態(本体施設が特別養護老人ホームの場合の単独型・空床利用型・併設型の別)		
15	入院患者又は入所者の定員		
16	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制		
17	福祉用具の保管・消毒方法(委託している場合にあっては、委託先の状況)		
18	併設施設の状況等		
19	役員の氏名、生年月日及び住所		
20	介護支援専門員の氏名及びその登録番号		
変 更 年 月 日		年 月 日	

- 備考
- 1 変更があった事項については、該当する番号を で囲んでください。
  - 2 変更内容が分かる書類を添付してください。
  - 3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

「第四号様式中「第82条」の次に、「第115条の5」を加え、

副 田 の 種 別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開
副 田 の 種 別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開
サ ー ビ ス の 種 別	

改める。

第九号様式中

母 體 に 係 る 施 設	名称
	所在地

母 體 に 係 る 施 設	名称
	所在地
	年月日

改める。

附 則

この規則は、平成十八年四月一日から施行する。ただし、第一条の規定は、公布の日から施行する。

障害者自立支援法施行細則をここに公布する。

平成十八年三月二十八日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第四十二号

障害者自立支援法施行細則

(趣旨)

第一条 この規則は、障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号。以下「法」といふ。）の施行について、障害者自立支援法施行令（平成十八年政令第10号。以下「政令」といふ。）及び障害者自立支援法施行規則（平成十八年厚生労働省令第19号。以下「省令」といふ。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（指定障害福祉サービス事業者の指定の申請）

第一条 法第三十六条第一項の申請は、指定障害福祉サービス事業者指定申請書（第一号様式）により行うものとする。

（指定障害福祉サービス事業者の変更の届出等）

第三条 法第四十六条第一項の規定による届出は、変更に係るものにあつては指定障害福祉サービス事業者変更届出書（第二号様式）により、廃止、休止又は再開に係るものにあつては指定障害福祉サービス事業者廃止（休止、再開）届出書（第三号様式）により、それぞれ行うものとする。

（自立支援医療費支給認定の申請等）

第四条 法五十三条第一項の申請は、自立支援医療費支給認定申請書（第四号様式）により行うものとする。

2 省令第三十五条第二項第一号の意見書は自立支援医療（育成医療）意見書（第五号様式）により、同号の診断書は自立支援医療（精神通院医療）診断書（第六号様式）によるものとする。

3 法第五十四条第三項の自立支援医療受給者証は、自立支援医療受給者証（第七号様式）によるものとする。

4 知事は、前項の自立支援医療受給者証に併せて、負担上限月額管理票（第八号様式）を支給認定障害者等に交付するものとする。

5 指定自立支援医療を受けようとする支給認定障害者等は、指定自立支援医療機関に対し、自立支援医療受給者証及び負担上限月額管理票を提示し、当該指定自立支援医療を受けるものとする。

（自立支援医療費支給認定の変更の申請）

第五条 法五十六条第一項の申請は、指定自立支援医療機関に係る場合は自立支援医療費支給認定変更申請書（第九号様式）により、負担上限月額及び負担上限月額に関する事

項に係る場合は自立支援医療費支給認定申請書により、医療の具体的方針に係る場合は自立支援医療費支給認定変更申請書に自立支援医療意見書を添付し、それぞれ行うものとする。

(自立支援医療費支給認定申請内容の変更の届出)

第六条 政令第三十二条第一項の規定による届出は、自立支援医療変更届出書(第十号様式)により行うものとする。

(自立支援医療受給者証の再交付の申請)

第七条 政令第三十三条第一項の申請は、自立支援医療受給者証再交付申請書(第十一号様式)により行うものとする。

(指定自立支援医療機関の指定の申請)

第八条 法第五十九条第一項の申請は、指定自立支援医療機関指定申請書(第十二号様式)により行うものとする。

(指定自立支援医療機関の変更の届出)

第九条 法第六十四条の規定による届出は、指定自立支援医療機関変更届出書(第十三号様式)により行うものとする。

(指定自立支援医療機関の休止等の届出)

第十条 省令第六十三条の規定による届出は、指定自立支援医療機関休止(廃止・再開・処分)届出書(第十四号様式)により行うものとする。

(指定自立支援医療機関の指定辞退の届出)

第十一条 省令第六十四条の規定による届出は、指定自立支援医療機関指定辞退届出書(第十五号様式)により行うものとする。

(指定自立支援医療機関台帳)

第十二条 知事は、指定自立支援医療機関台帳(第十六号様式)を備え、必要な事項を記載するものとする。

(障害福祉サービス事業等の届出)

第十三条 法第七十九条第二項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等開始届出書(第十七号様式)により行うものとする。

2 法第七十九条第三項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等変更届出書(第十

八号様式)により行うものとする。

3 法第七十九条第四項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等廃止(休止)届出書(第十九号様式)により行うものとする。

附 則

この規則は、平成十八年四月一日から施行する。

第1号様式(第2条関係)

受付番号	
------	--

指定障害福祉サービス事業者指定申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 主たる事務所の所在地  
名 称  
代表者の氏名

印

障害者自立支援法第36条第1項の規定による指定障害福祉サービス事業者の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

事業所所在地市町番号	
------------	--

申 請 者	フリガナ							
	名 称							
	主たる事務所の所在地	(〒 - )						
	法人である場合その種別		法人所轄庁					
	連絡先	電話番号		FAX番号				
	代表者の職・氏名	職 名		フリガナ 氏 名				
	代表者の住所	(〒 - )						
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所	フリガナ							
	名 称							
	所 在 地	(〒 - )				電話番号		
	同一所在地において行う事業等の種類	実施 事業	指定申請をする事業等の 事業開始予定年月日	様 式	実施 事業	他の法律において既に指定を受けている事業等の 指定年月日	備考	
	指 定 障 害 福 祉 サ ー ビ ス 事 業 所							
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合							

- 注1 「受付番号」及び「事業所所在地市町番号」の欄は、記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「同一所在地において行う事業等の種類」の欄は、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載し、該当する欄に を記載してください。
- 5 「事業所番号」の欄は、香川県内において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。
- 6 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第2号様式(第3条関係)

指定障害福祉サービス事業者変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 主たる事務所の所在地  
 名 称  
 代表者の氏名

㊟

次のとおり指定障害福祉サービスの指定を受けた内容を変更したので、障害者自立支援法第46条第1項の規定により届け出ます。

	事業所番号																			
指定内容を変更した事業所名	名 称																			
	所 在 地																			
	サービスの種類																			
変更があった事項		変更の内容																		
		(変更前)																		
		(変更後)																		
変更年月日		年 月 日																		

- 注1 変更内容が分かる書類を添付してください。
- 2 変更の日から10日以内に届け出てください。
- 3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第3号様式(第3条関係)

指定障害福祉サービス事業者廃止(休止、再開)届出書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 主たる事務所の所在地  
名 称  
代表者の氏名

㊟

次のとおり指定障害福祉サービス事業を廃止(休止、再開)したので、障害者自立支援法第46条第1項の規定により届け出ます。

		事業所番号										
廃止(休止、再開)した事業所	名 称											
	所 在 地											
届出の種類			廃止、休止、再開									
廃止(休止、再開)年月日			年 月 日									
廃止(休止)した理由												
現に指定障害福祉サービスを受けていた者に対する措置(廃止し、又は休止した場合のみ)												
休止予定期間			年 月 日 ~ 年 月 日									

注1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

2 廃止、休止又は再開の日から10日以内に届け出てください。

3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第4号様式(第4条、第5条関係)

自立支援医療費支給認定申請書(育成医療・精神通院医療)						新規・再認定・変更	
障害者・児	フリガナ 受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日	
	フリガナ 受診者住所				電話番号		
未 受診者 が18 歳合	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係		
	フリガナ 保護者住所				電話番号		
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					
	受診者と同一年齢の加入者						
	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			高額治療継続者(重度かつ継続)	該当・非該当	
身体障害者手帳番				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・指定訪問看護事業者等を含む。)	医療機関名			所在地・電話番号			
受給者番号							
<p>上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 <span style="float:right">印</span></p> <p style="text-align:center">年 月 日</p> <p style="text-align:center">香川県知事 殿</p>							

- 注1 (育成医療・精神通院医療)は、育成医療又は精神通院医療のいずれかを で囲んでください。
- 2 「新規・再認定・変更」の欄は、新規・再認定・変更(負担上限月額又は医療の具体的方針を変更したい場合)のいずれかを で囲んでください。
- 3 「保護者住所」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。
- 4 「該当する所得区分」の欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う区分を で囲んでください。
- 5 「高額治療継続者(重度かつ継続)」の欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う区分を で囲んでください。
- 6 「受給者番号」の欄は、再認定又は変更の方のみ記載してください。
- 7 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

----- ここから下の欄には記載しないでください。 -----

自治体記載欄

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			高額治療継続者(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			高額治療継続者(重度かつ継続)	該当・非該当
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 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( )				
前回の受給者番号				今回の受給者番号	
備考					

## 第5号様式(第4条、第5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	生年月日 年 月 日
受診者住所						
病 名		発症年月日	年 月 日			
障 害 の 種 類 (該当するものを で 囲んでください。)	(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						
自立支援医療(育 成医療)の始期	年 月 日 から	手術予定年月日	年 月 日			
治 療 見 込 期 間	入 院 治 療 期 間	日 間	} 通算	日 間		
	通 院 治 療 回 数 及 び 期 間	回		日 間		
	訪 問 看 護 予 定 回 数 及 び 期 間	回		日 間		
療 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				
移送費概算額						円
医療費概算額及び 移送費概算額の 合 計 額						円
治療後における 障害の回復状況 の 見 込						
補 装 具 名	(補装具装着予定 年 月)				補装具費用	円
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。						
年 月 日						
指定自立支援医療機関名						
電話番号						
担当医師氏名 ㊟						

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第6号様式(第4条関係)

自立支援医療(精神通院医療)診断書			
受診者氏名	フリガナ	年月日生(満歳)	男・女
受診者住所			
病名	1 主たる精神障害 _____ ICDカテゴリー( ) 2 従たる精神障害 _____ ICDカテゴリー( ) 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)	(推定発病年月 年 月頃)		
現在の病状、状態像等(該当する項目を で囲むこと。) 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 精神運動興奮及びこん迷の状態 (1) 興奮 (2) こん迷 (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 情動及び行動の障害 (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 不安及び不穩 (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 11 その他( )	の病状、状態像等の 具体的程度、病状等		
現在の治療内容	1 投薬内容 [ ] 2 精神療法等 [ ] 3 訪問看護指示の有無(有・無)		
今後の治療方針			
現在の精神保健福祉サービス等の利用状況			
医師の略歴(高額治療継続者(重度かつ継続)に該当し、かつ、主たる精神障害がF4~F9と診断した場合は、精神保健指定医である等3年以上精神医療に従事した経験を有することが分かるように記載してください。 )			
備考(審査の参考となる事項を記載してください。 )			
年 月 日	医療機関名	所在地	診療担当科名
	名 称		医 師 氏 名
	電話番号		Ⓔ

注1 「ICDカテゴリー」には、世界保健機関が定めるICD-10(国際疾病分類)のF0からF9まで(精神症状を伴わないてんかんにあつては、G4)のいずれかを記載してください。  
 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第7号様式(第4条関係)

(表面)

自立支援医療受給者証(育成医療・精神通院医療)			
公費負担者番号			
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		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(受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	フリガナ		続柄
	氏名		
	フリガナ		
	住所		
指 定 自 立 支 援 医 療 機 関	病院・診療所		所在地・電話番号
	薬局		所在地・電話番号
	訪問看護事業者等		所在地・電話番号
負担上限月額	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			
香川県知事			印

注 育成医療の受診者にあつては、裏面も記載してください。

(裏面)

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

注 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へ提出してください。



第9号様式(第5条関係)

受付市町名	
受付年月日	

自立支援医療費支給認定変更申請書  
(指定自立支援医療機関)

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所  
氏 名 ㊟

障害者自立支援法第56条第1項の規定により、次のとおり指定自立支援医療機関の変更を申請します。

自立支援医療費 受給者番号					
有効期間		年 月 日から 年 月 日まで			
障害者・ 児	受診者 氏名	性別	男・ 女	生年 月日	年 月 日
	受診者 住所	電話番号			
受診者 が18歳 未満の 場合	受診者 氏名	続 柄			
	受診者 住所	電話番号			
		指定自立支援医療機関名		所在地・電話番号	
変 更 前					
変 更 後					
変 更 年 月 日		年 月 日			

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

## 第10号様式(第6条関係)

自立支援医療変更届出書(育成医療・精神通院医療)				
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	フリガナ			
	住所			
保 護 者  (受診者が18歳未満の場合 に記載してください。)	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				
受給者証の有効期間				
変 更 内 容	事項	変更前	変更後	
	受診者に関する事項 (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・ 受診者と同一の加入者)			
	身体障害者 手帳番号・ 精神障害者保健福祉 手帳番号			
	その他			
備考				
<p>障害者自立支援法施行令第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>届出者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: right;">香川県知事 殿</p>				

注1 (育成医療・精神通院医療)は、育成医療又は精神通院医療のいずれかを で囲んでください。

2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第11号様式(第7条関係)

受付市町名	
受付年月日	

自立支援医療受給者証再交付申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所  
氏 名 印

障害者自立支援法施行令第33条第1項の規定により、次のとおり自立支援医療受給者証の再交付の申請をします。

自立支援医療費受給者番号	
--------------	--

有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
------	-----------------

障害者・児	受診者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	受診者住所		電話番号			
受診者が18歳の未の場合	保護者氏名		続柄			
	保護者住所		電話番号			

再交付を申請する理由

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

## 第12号様式(その1)(第8条関係)

		(病院・診療所)
指定自立支援医療機関指定申請書(育成医療・更生医療・精神通院医療)		
		年 月 日
香川県知事	殿	
申請者 住 所		
氏 名		㊞
(法人にあっては、その名称 及び代表者の氏名)		
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・精神通院医療)の指定を受けたいので、次のとおり申請します。		
1 保険医療機関	名 称	
	所 在 地	
	保険医療機関コード	
2 開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
3 標 ぼう して いる 診 療 科 名		
4 担 当 し よ う と す る 医 療	種 類	
	主として担当する 医師又は歯科医師 の氏名及び経歴	
5 指定自立支援医療(育成医療又は更生医療に限る。)を行うために必要な体制及び設備の概要		
6 診療所にあつては、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(育成医療又は更生医療を行うものに限る。)	有・無	人
注1 育成医療、更生医療又は精神通院医療のうち、指定を希望しない医療がある場合は、2箇所の「(育成医療・更生医療・精神通院医療)」のうち、指定を希望しない医療を二重線等で消去してください。		
2 育成医療又は更生医療の指定を希望する場合で担当しようとする医療の種類が複数のときは、医療の種類ごとに作成してください。		
3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。		

## 第12号様式(その2)(第8条関係)

(薬局)

指定自立支援医療機関指定申請書(育成医療・更生医療・精神通院医療)

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

印

(法人にあっては、その名称)  
及び代表者の氏名

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・精神通院医療)の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

1 保 険 薬 局	名 称	
	所 在 地	
	保険医療機関コード	
2 開 設 者	住 所	
	氏 名 又 は 名 称	
3 薬 剤 師 の 氏 名 及 び 経 歴		
4 調剤のために必要な設備及び施設の概要		

注1 育成医療、更生医療又は精神通院医療のうち、指定を希望しない医療がある場合は、2箇所の「(育成医療・更生医療・精神通院医療)」のうち、指定を希望しない医療を二重線等で消去してください。

2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

## 第12号様式(その3)(第8条関係)

(指定訪問看護事業者等)

指定自立支援医療機関指定申請書(育成医療・更生医療・精神通院医療)

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所

氏 名

㊞

(法人にあつては、その名称)  
及び代表者の氏名

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・精神通院医療)の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

1 指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者	名 称		
	主たる事務所の 所 在 地		
	健康保険・介護 保険事業者番号		
2 訪問看護ステーション等	名 称		
	所 在 地		
	職 員 の 定 数	職 種	定 数
			人
		人	
	合 計	人	

注1 育成医療、更生医療又は精神通院医療のうち、指定を希望しない医療がある場合は、2箇所の「(育成医療・更生医療・精神通院医療)」のうち、指定を希望しない医療を二重線等で消去してください。

2 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してください。

3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第13号様式（第9条関係）

指定自立支援医療機関変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名

印

（法人にあっては、その名称）  
及び代表者の氏名

指定自立支援医療機関について変更したので、障害者自立支援法第64条の規定により届け出ます。

1 指定自立支援医療機関	名 称	
	所 在 地	
2 変 更 年 月 日		
3 変 更 内 容	変 更 事 項	
	変 更 前	
	変 更 後	

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第14号様式（第10条関係）

指定自立支援医療機関休止（廃止・再開・処分）届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名

印

（法人にあっては、その名称  
及び代表者の氏名）

障害者自立支援法施行規則第63条の規定により、次のとおり届け出ます。

1 指定自立支援医療機関	名 称	
	所 在 地	
2 届 出 の 種 別	休止・廃止・再開・処分	
3 休 止（廃止・再開・処分）年 月 日	年 月 日	
4 休止（廃止・再開・処分）の理由・内容等		

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

## 第15号様式（第11条関係）

## 指定自立支援医療機関指定辞退申出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名

印

(法人にあっては、その名称)  
及び代表者の氏名

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、障害者自立支援法第65条の規定により申し出ます。

1 指定自立支援医療機関	名 称	
	所 在 地	
2 開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
3 担当している自立支援医療の種類 病院・診療所にあつては、担当している 医療の種類についても記載してください。		
4 指 定 年 月 日	年 月 日	
5 辞 退 予 定 年 月 日	年 月 日	
6 指 定 を 辞 退 す る 理 由		

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

## 第16号様式(その1)(第12条関係)

指定自立支援医療機関台帳(育成医療・更生医療)  
(病院・診療所)

1 保険医療機関名

2 所在地

3 開設者

4 担当する医療の種類及び担当する医師の氏名

	医療の種類	指定年月日及び 告示番号	医師氏名	備考
1	眼科に関する医療	年 月 日 告示第 号		
2	耳鼻咽喉科に関する医療	年 月 日 告示第 号		
3	口腔に関する医療	年 月 日 告示第 号		
4	整形外科に関する医療	年 月 日 告示第 号		
5	形成外科に関する医療	年 月 日 告示第 号		
6	中枢神経に関する医療	年 月 日 告示第 号		
7	脳神経外科に関する医療	年 月 日 告示第 号		
8	心臓脈管外科に関する医療	年 月 日 告示第 号		
9	腎臓に関する医療	年 月 日 告示第 号		
10	腎移植に関する医療	年 月 日 告示第 号		
11	小腸に関する医療	年 月 日 告示第 号		
12	歯科矯正に関する医療	年 月 日 告示第 号		
13	免疫に関する医療	年 月 日 告示第 号		

第16号様式(その2)(第12条関係)

指定自立支援医療機関台帳(精神通院医療)  
(病院・診療所)

	保 険 医 療 機 関 名	所 在 地	開 設 者
	指 定 年 月 日 及 び 号 告 示 第 番 号	医 師 氏 名	備 考
1			
	年 月 日 号 告示第		
2			
	年 月 日 号 告示第		
3			
	年 月 日 号 告示第		
4			
	年 月 日 号 告示第		
5			
	年 月 日 号 告示第		
6			
	年 月 日 号 告示第		
7			
	年 月 日 号 告示第		
8			
	年 月 日 号 告示第		

## 第16号様式(その3)(第12条関係)

指定自立支援医療機関台帳(育成医療・更生医療・精神通院医療)  
(薬局)

	保 険 薬 局 名	所 在 地	指定年月日及び 告 示 番 号
1			年 月 日号 告示第
2			年 月 日号 告示第
3			年 月 日号 告示第
4			年 月 日号 告示第
5			年 月 日号 告示第
6			年 月 日号 告示第
7			年 月 日号 告示第
8			年 月 日号 告示第
9			年 月 日号 告示第
10			年 月 日号 告示第
11			年 月 日号 告示第
12			年 月 日号 告示第
13			年 月 日号 告示第
14			年 月 日号 告示第
15			年 月 日号 告示第

## 第16号様式(その4)(第12条関係)

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

	指定訪問看護事業者等名 及び訪問看護ステーション等名	所在地	指定年月日及び 告示番号
1			年 月 日号 告示第 号
2			年 月 日号 告示第 号
3			年 月 日号 告示第 号
4			年 月 日号 告示第 号
5			年 月 日号 告示第 号
6			年 月 日号 告示第 号
7			年 月 日号 告示第 号
8			年 月 日号 告示第 号
9			年 月 日号 告示第 号
10			年 月 日号 告示第 号

第17号様式（第13条関係）

障害福祉サービス事業等開始届出書		職員の職	職員の定数	職務の内容
年 月 日			人	
香川県知事 殿			人	
届出者 住所			人	
氏 名 ㊞		合 計	人	
(法人にあっては、主たる 事務所の所在地及び名称 並びに代表者の氏名)		主な職員 の 氏 名		
次のとおり障害福祉サービス事業等を開始し たいので、障害者自立支援法第79条第2項の規 定により届け出ます。		主な職員 の 経 歴		
事業の種類		事業を行おうとする 区域及び市町の委託 を受けて事業を行お うとする者にあつて は、当該市町の名称		
事業の内容		短期入所 事業の用 に供する 施 設	名 称	
			種 類	
			所 在 地	
			入所定員	
経営者の氏名 (法人にあっては、 名 称)		事業開始の予定年月日 年 月 日		
経営者の住所 (法人にあっては、 主たる事務所の 所 在 地)				

注1 次に掲げる書類を添付してください(インターネットを利用して閲覧することができる場合を除く。)

- (1) 条例、定款その他の基本約款
- (2) 収支予算書
- (3) 事業計画書

2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第18号様式（第13条関係）

障害福祉サービス事業等変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名 ㊞

（法人にあっては、主たる事務所の  
所在地及び名称並びに代表者の氏名）

次のとおり障害福祉サービス事業等に関して障害者自立支援法第79条第2項の規定により届出を行った事項を変更したので、同条第3項の規定により届け出ます。

事 業 の 種 類		
変 更 年 月 日		年 月 日
変 更 内 容	変 更 前	
	変 更 後	

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第19号様式（第13条関係）

障害福祉サービス事業等廃止（休止）届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名 ㊟

（法人にあつては、主たる事務所の  
所在地及び名称並びに代表者の氏名）

次のとおり障害福祉サービス事業等を廃止（休止）したいので、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。

事業の種類	
廃止予定年月日	年 月 日
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
廃止（休止）する理由	
現に便宜を受けている者又は入所している者に対する措置	

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成十八年三月二十八日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第四十三号

身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

身体障害者福祉法施行細則(昭和三十四年香川県規則第三十六号)の一部を次のように改正する。

第四条中「身体障害者相談所長」を「障害福祉相談所長」に改める。

第七条中「医師」の下に「(以下「指定医師」という。)(」を加え、「見易い」を「見やすい」に改める。

第九条を削り、第八条を第九条とし、第七条の次に次の一条を加える。

(指定医師異動届)

第八条 指定医師は、次の各号のいずれかに該当することとなったときは、速やかに指定医師異動届(第四号様式(二))を知事に提出しなければならない。

- 一 氏名を変更したとき。
- 二 勤務先を変更したとき。
- 三 勤務地を変更したとき。
- 四 医業を廃止したとき。

2 指定医師が死亡したときは、その者の親族又は同居者は、速やかに指定医師異動届を知事に提出しなければならない。

第十二条の二の見出し中「指定居宅支援事業者等」を「指定身体障害者更生施設等」に改め、同条中「第十七条の十七第一項及び」を削り、「指定居宅支援事業者(指定身体障害者更生施設等)指定申請書」を「指定身体障害者更生施設等指定申請書」に改める。

第十二条の三を次のように改める。

第十二条の三 削除

第十三条及び第十三条の二を削る。

第十四条の見出しを「(身体障害者相談支援事業等開始届出書)」に改め、同条中「身

体障害者居宅生活支援事業等開始届書(第十四号様式)」を「身体障害者相談支援事業等開始届出書(第十二号様式)」に改め、同条を第十三条とする。

第十五条の見出しを「(身体障害者相談支援事業等変更届出書)」に改め、同条中「身体障害者居宅生活支援事業等変更届書(第十五号様式)」を「身体障害者相談支援事業等変更届出書(第十三号様式)」に改め、同条を第十四条とする。

第十六条の見出しを「(身体障害者相談支援事業等廃止(休止)届出書)」に改め、同条中「身体障害者居宅生活支援事業等廃止(休止)届書(第十六号様式)」を「身体障害者相談支援事業等廃止(休止)届出書(第十四号様式)」に改め、同条を第十五条とする。第四号様式の次に次のように加える。

## 第4号様式の2(第8条関係)

## 指 定 医 師 異 動 届

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名

㊟

次のとおり異動があつたので届け出ます。

指定医師氏名					
診療担当科目			指定年月日	年 月 日	
指定に係る 障害の種類					
異 動 内 容	(1) 氏 名	異動前			
		異動後			
	(2) 勤務先	異動前			
		異動後			
	(3) 勤務地	異動前	(電話番号)		
		異動後	(電話番号)		
(4) 廃 業			(5) 死 亡		
(6) その他					
異動年月日	年 月 日				

- 備考 1 歯科医師の場合は、「指定医師」を「指定歯科医師」と読み替えること。  
2 異動内容欄については、該当する項目を で囲み、(1)、(2)及び(3)については 異動前後につ  
いて記入し、(6)については具体的に内容を記入すること。  
3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第十二号様式第 4 号 別除

第十二号様式第 4 号 別除

指定	身体障害者居宅介護		
居宅	身体障害者デイサービス		
支援	身体障害者短期入所		
指定	身体障害者更生施設		
施設	身体障害者療養施設		
支援	特定身体障害者授産施設		

指定	身体障害者更生施設		
施設	身体障害者療養施設		
支援	特定身体障害者授産施設		

第十二号様式第 4 号 別除

第十二号様式第 4 号 別除

身体障害者 デイサービス 又事業又は 身体障害者 短期入所事 業の用に供 する施設	名	種 類	所 在 地	住 所
	種			
入 所 定 員 (身体障害者短期 入所事業に係る ものに限る。)	名	種 類	所 在 地	住 所
	種			

介助犬訓練 事業又は聴 導犬訓練事 業の用に供 する施設	名	種 類	所 在 地
	種		

第十二号様式第 4 号 別除

第十二号様式第 4 号 別除

- (1) 収支予算書
- (2) 事業計画書

2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

改正の 回様式を第十一号様式とする。

第十五号様式中「第15条関係」を「第14条関係」に、「身体障害者居宅生活支援事業等変更届書」を「身体障害者相談支援事業等変更届出書」に、「住所」を「届出者住所」に、「身体障害者居宅生活支援事業等」を「身体障害者相談支援事業等」に改正し、回様式を第十三号様式とする。

第十六号様式中「第16条関係」を「第15条関係」に、「身体障害者居宅生活支援事業等廃止（休止）届書」を「身体障害者相談支援事業等廃止（休止）届出書」に、「住所」を「届出者住所」に、「身体障害者居宅生活支援事業等」を「身体障害者相談支援事業等」に改正し、回様式を第十四号様式とする。

附 則

この規則は、平成十八年四月一日から施行する。

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を改正する規則をここに公布する。

平成十八年三月二十八日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第四十四号

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を改正する規則

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（昭和六十三年香川県規則第三十六号）の一部を次のように改正する。

第十二条から第十五条までを次のように改める。

第十二条から第十五条まで 削除

第二十七条第一項中「第十一号様式」を「第三十号様式」に改める。

第三十二条を削る。

第五号様式及び第五号様式の二中「通知」を「認知症」に改める。

第十一号様式から第十四号様式までを次のように改める。

第十一号様式から第十四号様式まで 削除

第十五号様式、第二十二号様式及び第二十三号様式中「痴呆」を「認知症」に改正し、第三十号様式を次のように改める。

## 第30号様式(第27条関係)

		受付市町名			
		受付年月日			
障害者手帳交付等申請書					
年 月 日					
香川県知事		殿			
申請者 住 所					
氏 名 <span style="float: right;">㊟</span>					
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の交付等を申請します(新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付)。					
障 害 者	ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年月日 年 月 日
	住 所				
保護者の連絡先	氏 名		続柄		住所
既存の自立支援医療 受給者証	有 効 期 限			年 月 日	
	自立支援医療費受給者番号				
既存の精神障害者 保健福祉手帳	有 効 期 限			年 月 日	
	手 帳 番 号				
申請書を提出した者	氏名		本人との 関 係		住所

- 注 1 精神障害者保健福祉手帳の交付、更新又は障害等級変更を申請する場合は、「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」を添付すること。
- 2 年金証書等の写しを添付して申請している場合は、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。

第三十一号様式中「分級障害等残遺状態」を「統合失調症等残遺状態」及び「痴ほう」を「認知症」に改める。

第三十八号様式から第四十号様式までを削る。

附則

(施行期日)

1 この規則は、平成十八年四月一日から施行する。ただし、第五号様式、第五号様式の二、第十五号様式、第二十二号様式、第二十三号様式及び第三十一号様式の改正規定は、公布の日から施行する。

(香川県事務処理の特例に関する条例に基づき市町が処理する事務の範囲等を定める規則の一部改正)

2 香川県事務処理の特例に関する条例に基づき市町が処理する事務の範囲等を定める規則(平成十二年香川県規則第百十七号)の一部を次のように改正する。  
別表第二の二十三の二の項を削る。

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成十八年三月二十八日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第四十五号

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

児童福祉法施行細則（平成二年香川県規則第二十八号）の一部を次のように改正する。

第二条から第五条までを次のように改める。

第二条から第五条まで 削除

第六条第一項中「第二十一条の九第二項第一号」を「第二十一条の九第二項」に改め、「世帯調査」の下に「（第七号様式の二）」を加え、同条第三項中「第二十一条の九第二項第二号」を「第二十一条の九第二項」に改める。

第六条の二第一項中「第二十一条の九の二」を「第二十一条の九の六」に改める。

第六条の三及び第六条の四を削る。

第十四条の二の見出し中「児童居宅生活支援事業」を「障害児相談支援事業等」に改め、同条第一項中「児童居宅生活支援事業開始届出書」を「障害児相談支援事業等開始届出書」に改め、同条第二項中「児童居宅生活支援事業変更届出書」を「障害児相談支援事業等変更届出書」に改め、同条第三項中「児童居宅生活支援事業廃止（休止）届出書」を「障害児相談支援事業等廃止（休止）届出書」に改める。

第一号様式から第五号様式までを次のように改める。

第一号様式から第五号様式まで

第七号様式の次に次のように加える。

第7号様式の2(第6条関係)

(表)

世 帯 調 査 書

申請者氏名					児童氏名 (本人)			
児 童 の 属 す る 世 帯 構 成	世帯構成員の名氏	児童との続柄	生年月日	職 業 (勤 務 先)	所得税額	* 階層区分	備考	
世帯外扶養義務者	氏名							
	住所							
	氏名							
	住所							

## (裏)

## (注)

- 1 「世帯構成員」とは、児童本人と生計を一にしている者をいう。
- 2 「児童の属する世帯構成」の欄は、児童本人を含めて、世帯構成員全員について記入すること。
- 3 「扶養義務者」とは、父母、祖父母、養父母その他の直系血族及び兄弟姉妹並びに家庭裁判所の審判で扶養の義務を負わされた伯父、伯母等をいう。
- 4 「世帯外扶養義務者」の欄は、世帯構成員以外の扶養義務者で現に児童本人を扶養しているものについて記入すること。
- 5 \*の欄は、記入しないこと。
- 6 「備考」の欄は、世帯構成員のうち児童本人以外の児童が療育の給付を受け、又は受けることが決定しているときに、その旨を記入すること。
- 7 この世帯調書には、児童本人及び扶養義務者について、次の各号に掲げる場合に応じ、当該各号に定める証明書を添付すること。ただし、児童本人又は扶養義務者で18歳未満の者は、未就業であれば証明書は不要である。
  - (1) 現在、生活保護法の規定による被保護者である場合 被保護者であることを証明する居住地を所管する県保健福祉事務所長、県小豆総合事務所長又は市福祉事務所長の証明書
  - (2) 市町村民税が課税されていない場合又は免除されている場合 市町村民税が課税されていないこと、又は免除されていることを証明する市町長又は市町村民税の特別徴収義務者の証明書
  - (3) 前年分(不明のときは、前々年分)の所得税が課税されていない場合 所得税が課税されていないことを証明する税務署長又は所得税の源泉徴収義務者の証明書及び市町村民税の均等割が課税されているか、又は所得割も課税されているかどうかを明らかにした市町長の証明書
  - (4) 前年分(不明のときは、前々年分)の所得税が課税されている場合 所得税の課税額について証明する税務署長又は所得税の源泉徴収義務者の証明書

第八号様式の三から第八号様式の五までを削る。

第十九号様式の二中「児童居宅生活支援事業開始届出書」を「障害児相談支援事業期間  
開始届出書」に、「児童居宅生活支援事業開始届出書」を「障害児相談支援事業を」に  
「障害児相談支援事業等」を「児童居宅生活支援事業を」に、「児童居宅生活支援事業」を  
及び「（児童短期入所事業及び児童自立生活援助事業に係るものに限る。）」を「同  
様式（注）中「こと」の次」に「インターネットを利用して閲覧することができる場合を除  
く。」を加える。

第十九号様式の三中「児童居宅生活支援事業変更届出書」を「障害児相談支援事業等  
変更届出書」に、「児童居宅生活支援事業変更届出書」を「児童居宅生活支援事業の」に  
「障害児相談支援事業等の」に改める。

第十九号様式の四中「児童居宅生活支援事業廃止（休止）届出書」を「障害児相談支援  
事業等廃止（休止）届出書」に、「児童居宅生活支援事業廃止（休止）届出書」を「児童居宅生  
活支援事業を」に、「障害児相談支援事業等」を「児童居宅生活支援事業を」に改める。

附則

この規則は、平成十八年四月一日から施行する。

知的障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成十八年三月二十八日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第四十六号

知的障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

知的障害者福祉法施行細則（平成十五年香川県規則第二号）の一部を次のように改正す  
る。

第二条中「香川県の知的障害者相談所長」を「香川県障害福祉相談所長」に改める。

第四条の見出し中「指定居宅支援事業者等」を「指定知的障害者更生施設等」に改め、  
同条中「第十五条の十七第一項及び」を削り、「指定居宅支援事業者（指定知的障害者更  
生施設等）指定申請書」を「指定知的障害者更生施設等指定申請書」に改める。

第五条を次のように改める。

第五条 削除

第八条の見出し中「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  
改め、同条中「知的障害者居宅生活支援事業等開始届出書」を「知的障害者相談支援事業  
開始届出書」に改める。

第九条の見出し中「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  
改め、同条中「知的障害者居宅生活支援事業等変更届出書」を「知的障害者相談支援事業  
変更届出書」に改める。

第十条の見出し中「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  
改め、同条中「知的障害者居宅生活支援事業等廃止（休止）届出書」を「知的障害者相談  
支援事業廃止（休止）届出書」に改める。

第十条中「香川県の知的障害者相談所長」を「香川県障害福祉相談所長」に改める。  
第二十条中「指定居宅支援事業者（指定知的障害者更生施設等）指定申請書」を「指  
定知的障害者更生施設等指定申請書」に、「指定居宅支援事業者（指定知的障害者更生施  
設等）」を「指定知的障害者更生施設等」に、「事業所（規定）」を「規定」に

指定 施設	知的障害者更生施設			
	知的障害者短期入所			
指定 施設	知的障害者地域生活援助			
	知的障害者更生施設			
指定 施設	指定知的障害者授産施設			
	知的障害者運動教室			
指定 施設	知的障害者更生施設			
	指定知的障害者授産施設			

支援 知的障害者通動寮			
----------------	--	--	--

第5号様式 削除

第5号様式 削除  
 第5号様式 削除  
 第5号様式 削除  
 第5号様式 削除

第5号様式 削除  
 第5号様式 削除  
 第5号様式 削除  
 第5号様式 削除

事業の種類	
事業の内容	

事業の内容	
-------	--

事業を行おうとする区域及び市町の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町の名称

知的障害者	名	称
短期入所事業の用に供	種	類
	所	在 地

する施設	入 所 定 員
事業を行おうとする区域及び市町の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町の名称	

第5号様式 削除  
 第5号様式 削除  
 第5号様式 削除  
 第5号様式 削除

第5号様式 削除  
 第5号様式 削除  
 第5号様式 削除  
 第5号様式 削除

事業の種類	
変更年月日	年 月 日

変更年月日	年 月 日
-------	-------

改める。

第九号様式中「知的障害者居宅生活支援事業等廃止（休止）届出書」を「知的障害者相談支援事業廃止（休止）届出書」及び「住所」を「届出者住所」及び「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」及び

事業の種類	
届出の種類	廃止・休止

を

届出の種類	廃止・休止
-------	-------

に

廃止（休止）する理由	
現に居宅生活支援を受けている者に対する措置	

を

廃止（休止）する理由	
------------	--

に

改める。

附則

この規則は、平成十八年四月一日から施行する。

平成十八年三月二十八日印刷発行

印刷発行所

香  
川  
県  
庁

(購読料月極二千五百円)



古紙配合率70%  
白色度70%再生紙を使用しています