

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22年3月2日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第7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34年香川県規則第36号）の一部を次のように改正する。
次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p>(相談記録票)</p> <p>第4条 障害福祉相談所長は、法第10条第1項第2号口から二までに掲げる業務を行ったときは、相談記録票に所要事項を記載し、これを保存しなければならない。</p> <p>第6条 削除</p> <p>(表示)</p> <p>第7条 法第15条第1項の規定により指定を受けた医師（以下「指定医師」という。）は、<u>その業務を行う場所の見やすい箇所に指定医師である旨を表示しなければならない。</u></p>	<p>(相談記録票)</p> <p>第4条 障害福祉相談所長は、法第10条第1項第2号口から二までに掲げる業務を行ったときは、相談記録票<u>(第2号様式)</u>に所要事項を記載し、これを保存しなければならない。</p> <p><u>(同意書)</u></p> <p>第6条 <u>施行令第3条第1項の規定により同意を求められた医師は、同意しようとするときは、同意書（第3号様式）を知事に提出しなければならない。</u></p> <p>(標示)</p> <p>第7条 法第15条第1項の規定により指定を受けた医師（以下「指定医師」という。）は、<u>標示（第4号様式）をその業務を行う場所の見やすい箇所に掲示しなければならない。</u></p>

第2号様式から第4号様式までを次のように改める。
第2号様式から第4号様式まで 削除

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前																																																																																																																
第5号様式（第9条関係） 身体障害者診断書・意見書（障害用）	第5号様式（第9条関係） 診断書・意見書（障害用）																																																																																																																
総括表	総括表																																																																																																																
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">氏名</td> <td style="width: 30%;">年 月 日生 (月 日 歳)</td> <td style="width: 10%;">男</td> <td style="width: 10%;">女</td> </tr> <tr> <td colspan="4">住所</td> </tr> <tr> <td colspan="4">① 障害名（部位を明記）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">② 原因となった 疾病又は外傷名</td> <td colspan="2">交通・労災・その他の事故・戦傷戦災・疾病・ 先天性・その他（ ）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">③ 疾病又は外傷の 発生年月日</td> <td colspan="2">年 月 日・場所</td> </tr> <tr> <td colspan="4">④ 参考となる経過及び現症（<u>エックス線写真及び検査所見を含む。</u>）</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: right;">障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑤ 総合所見</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">(将来再認定 要・不要) (再認定の時期 年 月)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑥ その他参考となる合併症状</td> </tr> <tr> <td colspan="4">上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科名 科 医師氏名 印</td> </tr> <tr> <td colspan="4">身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入）</td> </tr> <tr> <td colspan="4">障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。（ 級相当） ・該当しない。</td> </tr> <tr> <td colspan="4">注 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害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。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、香川県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。</td> </tr> </table>	氏名	年 月 日生 (月 日 歳)	男	女	住所				① 障害名（部位を明記）				② 原因となった 疾病又は外傷名		交通・労災・その他の事故・戦傷戦災・疾病・ 先天性・その他（ ）		③ 疾病又は外傷の 発生年月日		年 月 日・場所		④ 参考となる経過及び現症（ <u>エックス線写真及び検査所見を含む。</u> ）						障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		⑤ 総合所見				(将来再認定 要・不要) (再認定の時期 年 月)				⑥ その他参考となる合併症状				上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科名 科 医師氏名 印				身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入）				障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。（ 級相当） ・該当しない。				注 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害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。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、香川県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。				<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">氏名</td> <td style="width: 30%;">年 月 日生</td> <td style="width: 10%;">男</td> <td style="width: 10%;">女</td> </tr> <tr> <td colspan="4">住所</td> </tr> <tr> <td colspan="4">① 障害名（部位を明記）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">② 原因となった 疾病又は外傷名</td> <td colspan="2">交通・労災・その他の事故・戦傷戦災・疾病・ 先天性・その他（ ）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">③ 疾病又は外傷の 発生年月日</td> <td colspan="2">年 月 日・場所</td> </tr> <tr> <td colspan="4">④ 参考となる経過及び現症（<u>レントゲン及び検査所見を含む。</u>）</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="text-align: right;">障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑤ 総合所見</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">将来再認定 要（ 年 月）・不要</td> </tr> <tr> <td colspan="4">⑥ その他参考となる合併症状</td> </tr> <tr> <td colspan="4">上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科名 科 医師氏名 印</td> </tr> <tr> <td colspan="4">身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入）</td> </tr> <tr> <td colspan="4">障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。（ 級相当） ・該当しない。</td> </tr> <tr> <td colspan="4">注 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害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。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、香川県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。</td> </tr> </table>	氏名	年 月 日生	男	女	住所				① 障害名（部位を明記）				② 原因となった 疾病又は外傷名		交通・労災・その他の事故・戦傷戦災・疾病・ 先天性・その他（ ）		③ 疾病又は外傷の 発生年月日		年 月 日・場所		④ 参考となる経過及び現症（ <u>レントゲン及び検査所見を含む。</u> ）						障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		⑤ 総合所見				将来再認定 要（ 年 月）・不要				⑥ その他参考となる合併症状				上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科名 科 医師氏名 印				身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入）				障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。（ 級相当） ・該当しない。				注 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害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。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、香川県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。			
氏名	年 月 日生 (月 日 歳)	男	女																																																																																																														
住所																																																																																																																	
① 障害名（部位を明記）																																																																																																																	
② 原因となった 疾病又は外傷名		交通・労災・その他の事故・戦傷戦災・疾病・ 先天性・その他（ ）																																																																																																															
③ 疾病又は外傷の 発生年月日		年 月 日・場所																																																																																																															
④ 参考となる経過及び現症（ <u>エックス線写真及び検査所見を含む。</u> ）																																																																																																																	
		障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日																																																																																																															
⑤ 総合所見																																																																																																																	
(将来再認定 要・不要) (再認定の時期 年 月)																																																																																																																	
⑥ その他参考となる合併症状																																																																																																																	
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科名 科 医師氏名 印																																																																																																																	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入）																																																																																																																	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。（ 級相当） ・該当しない。																																																																																																																	
注 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害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。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、香川県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。																																																																																																																	
氏名	年 月 日生	男	女																																																																																																														
住所																																																																																																																	
① 障害名（部位を明記）																																																																																																																	
② 原因となった 疾病又は外傷名		交通・労災・その他の事故・戦傷戦災・疾病・ 先天性・その他（ ）																																																																																																															
③ 疾病又は外傷の 発生年月日		年 月 日・場所																																																																																																															
④ 参考となる経過及び現症（ <u>レントゲン及び検査所見を含む。</u> ）																																																																																																																	
		障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日																																																																																																															
⑤ 総合所見																																																																																																																	
将来再認定 要（ 年 月）・不要																																																																																																																	
⑥ その他参考となる合併症状																																																																																																																	
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科名 科 医師氏名 印																																																																																																																	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入）																																																																																																																	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。（ 級相当） ・該当しない。																																																																																																																	
注 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害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。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、香川県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。																																																																																																																	

第8号様式 (第10条関係)

市福祉事務所・町受付	県 受 付

身体障害者居住地 (氏名) 変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 氏 名 ④
電話番号

次のとおり居住地名を変更したので届け出ます。

変 更 年 月 日		年 月 日	
本人記載事項	ふりがな氏名	新	
		旧	
	居住地	新	
		旧	
保護者記載事項	ふりがな氏名	新	続 柄
		旧	
	居住地	新	
		旧	
身の障害者手帳内容	手帳番号	都道府県 (市) 第 号	
	交付年月日	年 月 日	
	障 害 名	種別及び等級	種 級

- 注 1 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入してください。
- 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8号様式 (第10条関係)

市福祉事務所・町受付	県 受 付

身体障害者居住地 (氏名) 変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

氏 名
生年月日 年 月 日
電話番号

次のとおり居住地名を変更したので届け出ます。

変 更 年 月 日		年 月 日	
本人記載事項	ふりがな氏名	新	
		旧	
	居住地	新	※
		旧	
保護者記載事項	ふりがな氏名	新	続柄 ※
		旧	
	居住地	新	※
		旧	
身の障害者手帳内容	手帳番号	県 第 号	
	交付年月日	※	※ (年 月 日交付)
	障 害 名	種別及び等級	種 級

- 備考 1 ※の欄は、記入しないこと。
- 2 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入すること。

第9号様式 (第11条関係)

市福祉事務所・町受付	県 受 付

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 氏 名 ㊟

電話番号

次のとおり関係書類を添えて、再交付を申請します。

申請理由 (該当する□に✓ を記入すること。)		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 障害程度の変更 <input type="checkbox"/> 再認定時期の到来 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 障害の追加	
本人記載事項	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日		
	居住地	性別	男・女		
保護者記載事項	ふりがな氏名	続柄			
	居住地				
身体障害者手帳内容	手帳番号	都道府県(市) 第 号			
	交付年月日	年 月 日			
	障害名	種別及び等級	種 級		

- 注 1 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入してください。
- 2 次の書類を添付してください。
- 紛失した場合にあっては、写真（申請前1年以内に脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの。以下同じ。）
 - 破損した場合にあっては、身体障害者手帳及び写真
 - 障害程度が変更した場合又は再認定の時期が到来した場合にあっては、診断書、身体障害者手帳及び写真
- 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。

附 則

- この規則は、平成22年4月1日から施行する。
- 改正前の第5号様式、第8号様式及び第9号様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。

第9号様式 (第11条関係)

市福祉事務所・町受付	県 受 付

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

香川県知事 殿

氏 名 ㊟

生年月日 年 月 日

電話番号

身体障害者手帳を紛失した
身体障害者手帳を破損した
障害程度が変更した
再認定の時期が到来した
その他 ()

ので、関係書類を添えて再交付を申請します。

本人記載事項	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日		
	本籍地	※			
保護者記載事項	居住地	※ 3: 7			
	職業又は教育	※			
本人記載事項	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日		
	居住地	続柄	※		
保護者記載事項	居住地	※ 3: 7			
	職業又は教育	※			
身体障害者手帳内容	手帳番号	※ 県 第 号 (年 月 日交付)			
	障害名	種別及び等級		種 級	

- 備考 1 ※の欄は、記入しないこと。
- 2 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入すること。
- 3 次の書類を添付すること。
- 紛失した場合にあっては、写真（申請前1年以内に脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの。以下同じ。）
 - 破損した場合にあっては、身体障害者手帳及び写真
 - 障害程度が変更した場合又は再認定の時期が到来した場合にあっては、診断書、身体障害者手帳及び写真
- 4 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。