



鳥取県公報

平成18年3月31日(金)
号外第51号

毎週火・金曜日発行

目 次

規 則 鳥取県障害者自立支援法施行細則 (22) (障害福祉課) 3

———公布された規則のあらまし———

鳥取県障害者自立支援法施行細則の新設について

1 規則の新設理由

障害者自立支援法の施行に伴い、指定障害福祉サービス事業者の指定に係る申請等の申請書等の様式を定める。

2 規則の概要

| | |
|-----------------------------|--|
| (1) 趣旨 | この規則は、障害者自立支援法等（以下「法等」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。 |
| (2) 指定障害福祉サービス事業者等の指定に係る申請等 | 指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設の指定の申請に係る申請書の様式を定める。 指定障害福祉サービス事業者の指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に掲示するものとする。 |
| (3) 指定障害福祉サービス事業者等に係る変更等の届出 | 指定障害福祉サービス事業者の変更又は事業の廃止、休止若しくは再開に係る届出書の様式を定める。 指定障害者支援施設の指定の辞退に係る届出書の様式を定める。 |
| (4) 指定障害福祉サービス事業者の指定等の公示 | 指定障害福祉サービス事業者の指定等の公示は、次の事項を公表することにより行うものとする。 事業者の名称及び主たる事務所の所在地 指定等に係る事業所の名称及び所在地 指定等を行った年月日 指定等に係る障害福祉サービスの種類 |
| (5) 自立支援医療費の支給認定の申請 | 自立支援医療費の支給認定の申請に係る申請書の様式及びその添付書類を定める。 |
| (6) 自立支援医療受給者証の交付 | 自立支援医療受給者証の様式を定める。 |
| (7) 自立支援 | 自立支援医療費の支給認定の変更の申請に係る申請書の様式を定める。 |

| | |
|-----------------------------|---|
| 医療費の支給認定に係る変更の申請 | |
| (8) 自立支援医療受給者証の記載事項に係る変更の届出 | 自立支援医療受給者証の記載事項の変更に係る届出書の様式を定める。 |
| (9) 自立支援医療受給者証の再交付の申請 | 自立支援医療受給者証の再交付の申請に係る申請書の様式を定める。 |
| (10) 指定自立支援医療機関の指定の申請 | 指定自立支援医療機関の指定の申請に係る申請書の様式を定める。 |
| (11) 指定自立支援医療機関の指定に係る変更の届出 | 指定自立支援医療機関の指定の変更の届出に係る届出書の様式を定める。 |
| (12) 指定自立支援医療機関の業務の休止等の届出 | 指定自立支援医療機関の業務の休止、廃止若しくは再開又は医療法等に基づく処分を受けた場合における届出に係る届出書の様式を定める。 |
| (13) 指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出 | 指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出に係る申出書の様式を定める。 |
| (14) 障害福祉サービス事業等の開始の届出 | 障害福祉サービス事業等の開始の届出に係る届出書の様式を定める。 |
| (15) 障害福祉サービス事業等に係る変更の届出 | 障害福祉サービス事業等の変更の届出に係る届出書の様式を定める。 |
| (16) 障害福祉サービス事業等の廃止等の届出 | 障害福祉サービス事業等の廃止又は休止の届出に係る届出書の様式を定める。 |
| (17) 施行期日 | 施行期日は、平成18年4月1日とする。 |

規 則

鳥取県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

鳥取県知事 片 山 善 博

鳥取県規則第22号

鳥取県障害者自立支援法施行細則

(趣旨)

第1条 この規則は、障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）、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。）、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。）及び障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等に関する省令（平成18年厚生労働省令第56号。以下「基準省令」という。）の施行に関し、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等の指定に係る申請等)

第2条 法第36条第1項又は第38条第1項の規定による申請は、様式第1号による申請書を提出してしなければならない。

2 法第29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者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に掲示するものとする。

(指定障害福祉サービス事業者等に係る変更等の届出)

第3条 法第46条第1項の規定による届出は、次の各号に掲げる届出の区分に応じ、当該各号に定める様式による届出書を提出してしなければならない。

(1) 指定を受けた事項に係る変更の届出 変更届出書（様式第2号）

(2) 指定を受けた事業の廃止、休止又は再開に係る届出 廃止・休止・再開届出書（様式第3号）

2 法第47条の規定による指定の辞退は、様式第4号による届出書を提出してしなければならない。

(指定障害福祉サービス事業者の指定等の公示)

第4条 法第51条の規定による公示（指定障害福祉サービス事業者に係るものに限る。）は、次に掲げる事項を公表することにより行うものとする。

(1) 法第29条第1項の規定による指定、法第46条第1項の規定による届出（同項の厚生労働省令で定める事項の変更並びに同項に規定する事業の休止及び再開に係るものを除く。）の受理又は法第50条第1項の規定による取消し（以下「指定等」という。）に係る指定障害福祉サービス事業者の名称及び主たる事務所の所在地

(2) 指定等に係る事業所の名称及び所在地

(3) 指定等を行った年月日

(4) 指定等に係る指定障害福祉サービスの種類

(自立支援医療費の支給認定の申請)

第5条 法第53条第1項の規定による申請は、様式第5号による申請書を提出してしなければならない。

2 前項の申請書には、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。）にあつては様式第6号による意見書を、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。）にあつては様式第7号による診断書を添付するものとする。

(自立支援医療受給者証の交付)

第6条 法第54条第3項の規定による自立支援医療受給者証は、様式第8号によるものとする。

(自立支援医療費の支給認定に係る変更の申請)

第7条 法第56条第1項の規定による申請は、様式第5号による申請書を提出してしなければならない。

2 前項の申請書には、育成医療にあっては様式第6号による意見書を、精神通院医療にあっては様式第7号による診断書を添付するものとする。

(自立支援医療受給者証の記載事項の変更の届出)

第8条 政令第32条第1項の規定による届出は、様式第9号による届出書を提出してしなければならない。

(自立支援医療受給者証の再交付の申請)

第9条 政令第33条第1項の規定による申請は、様式第10号による申請書を提出してしなければならない。

(指定自立支援医療機関の指定の申請)

第10条 法第59条第1項の規定による申請は、次に掲げる医療機関の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める様式による申請書を提出してしなければならない。

(1) 病院又は診療所 指定自立支援医療機関(病院又は診療所) 指定申請書(様式第11号)

(2) 薬局 指定自立支援医療機関(薬局) 指定申請書(様式第12号)

(3) 指定訪問看護事業者等(省令第57条第3項に規定する指定訪問看護事業者等をいう。) 指定自立支援医療機関(指定訪問看護事業者等) 指定申請書(様式第13号)

(指定自立支援医療機関の指定に係る変更の届出)

第11条 法第64条の規定による届出は、様式第14号による変更届出書を提出してしなければならない。

(指定自立支援医療機関の業務の休止等の届出)

第12条 省令第63条の規定による届出は、次に掲げる場合の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める様式による届出書を提出してしなければならない。

(1) 省令第63条第1号に規定する場合 指定自立支援医療機関(休止・廃止・再開) 届出書(様式第15号)

(2) 省令第63条第2号に規定する場合 指定自立支援医療機関処分届出書(様式第16号)

(指定自立支援医療機関の指定の辞退の申出)

第13条 政令第40条の規定による辞退の申出は、様式第17号による申出書を提出してしなければならない。

(障害福祉サービス事業等の開始の届出)

第14条 法第79条第2項の規定による届出は、様式第18号による届出書を提出してしなければならない。

(障害福祉サービス事業等に係る変更の届出)

第15条 法第79条第3項の規定による届出は、様式第19号による届出書を提出してしなければならない。

(障害福祉サービス事業等の廃止等の届出)

第16条 法第79条第4項の規定による届出は、様式第20号による届出書を提出してしなければならない。

附 則

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

様式第1号(第2条関係)

| | | |
|------|---|--|
| 受付番号 | 1 | |
|------|---|--|

指定障害福祉サービス事業所
指定障害者支援施設 指定申請書

年 月 日

職 氏 名 様

所在地

申 請 者 名 称
(事業者・施設) 代表者



指定障害福祉サービス事業所（指定障害者支援施設）の指定を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

| | | | | | |
|------------------|---------------------|----------------------------------|-----------------------------|----|--|
| | | 事業所（施設）所在地市町村番号 2 | | | |
| 申請者 （設置者） | フリガナ | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 -) 県 郡・市 | | | |
| | 法人の種別 3 | 法人所管庁 4 | | | |
| | 電話番号 | ファックス番号 | | | |
| | 代表者の職・氏名 | 職 名 | フリガナ | | |
| | | | 氏 名 | | |
| 代表者の住所 | (郵便番号 -) 県 郡・市 | | | | |
| 指定を受けようとする事業所・施設 | フリガナ | | | | |
| | 名 称 | | | | |
| | 事業所(施設)の所在地 | (郵便番号 -) 県 郡・市 | | | |
| | 同一所在地において行う事業等の種類 5 | 指定申請をする事業等の事業 開 始 予 定 年 月 日 8 | 他の法律において既に指定 を受けている事業等 9 | 備考 | |
| | 指定障害福祉 サービス事業所 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | 指定障害者支援施設 | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 10 | 事業所番号 | | | | |

注

- 1 及び 2 の欄は、記載しないこと。
- 2 3 の欄は、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社、有限会社等の別を記載すること。
- 3 4 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すること。
- 4 5 の欄は、新たに申請する事業等又は既に指定を受けている事業等の種類を「指定障害福祉サービス事業所」又は「指定障害者支援施設」の欄に記載すること。その際、新たに申請する事業等にあつては 8 の

| サービスの種類 | | |
|-------------|--|-----------|
| 変 更 し 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（設置の場所） | |
| 3 | 申請者（設置者）の名称 | |
| 4 | 主たる事務所の所在地 | |
| 5 | 代表者の氏名及び住所 | |
| 6 | 定款、寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。） | |
| 7 | 事業所（施設）の平面図及び設備の概要 | |
| 8 | 事業所（施設）の管理者の氏名及び住所 | |
| 9 | 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所 | |
| 10 | 主たる対象者 | |
| 11 | 運営規程 | (変更後) |
| 12 | 介護給付費等（施設訓練等支援費）の請求に関する事項 | |
| 13 | 事業所の種別（併設型・空床型の別） | |
| 14 | 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員 | |
| 15 | 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容 | |
| 16 | 知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要 | |
| 17 | 当該申請に係る事業の開始予定年月日 | |
| 18 | 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要 | |
| 変 更 年 月 日 | | 年 月 日 |

注

- 1 該当する番号に を付けること。
- 2 変更の日から10日以内に届け出ること。

添付書類 変更した事項を証する書類

様式第3号（第3条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

職 氏 名 様

所在地

届 出 者 名 称
(事業者・施設) 代表者

㊟

事業の廃止（休止・再開）をしましたので、次のとおり届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|---------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 名 称 | | | | | | | | | | | |
| | 所 在 地 | | | | | | | | | | | |
| 廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 した年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 廃 止 ・ 休 止 の 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・休止の場合のみ） | | | | | | | | | | | | |
| 休 止 予 定 期 間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | | | |

注 廃止、休止又は再開の日から10日以内に届け出ること。

添付書類 勤務体制・形態一覧表（事業の再開に係る届出において、当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態が休止前と異なる場合に限る。）

様式第4号（第3条関係）

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

職 氏 名 様

所在地
届 出 者 名 称
(事業者・施設) 代表者

㊟

指定障害者支援施設の指定を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

| | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------|-------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | 事業所番号 | | | | | | | | | |
| 指 定 を 辞 退 す る 施 設 | 名 称 | | | | | | | | | | |
| | 所 在 地 | | | | | | | | | | |
| 指 定 を 受 け た 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 指 定 を 辞 退 す る 年 月 日 | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 指 定 を 辞 退 す る 理 由 | | | | | | | | | | | |
| 現に施設に入所している者に対する措置 | | | | | | | | | | | |

注 指定を辞退する日の3月前までに届け出ること。

様式第5号 (第5条、第7条関係)

自立支援医療 (育成医療・精神通院医療) 支給認定申請書 (新規・再認定・変更)

1
年 月 日

職氏名 様

申請者氏名 ①

次のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

| | | | | | | |
|------------------------|-------|--|---------|------|---|---------|
| 障 害 者 ・ 児 | フリガナ | | 性別 | 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 | | 受診者との続柄 | 電話番号 | 2 | |
| | 受診者住所 | | | | | 年 月 日 |
| 受 診 者 が 18 歳 未 満 の 場 合 | フリガナ | | 受診者との続柄 | 電話番号 | 2 | |
| | 保護者氏名 | | | | | 年 月 日 |
| 受 診 者 が 18 歳 未 満 の 場 合 | フリガナ | | 受診者との続柄 | 電話番号 | 2 | |
| | 保護者住所 | | | | | 年 月 日 |

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------|----------|
| 負担額に関する事項 | 受診者の被保険者証等の記号、番号等 | 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 |
| 身体障害者手帳番号 | 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・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 | | | |
| 負担上限額 | 6 | | | |
| 医療の具体的方針 | 7 | | | |

注

- 1の欄は、該当する医療の種類及び新規・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 を付けること。
- 2の欄は、受診者本人と異なる場合に記載すること。
- 3及び 4の欄は、育成医療に係るものによっては記載しないこと。また、精神通院医療に係るものによっては、該当する区分に を付けること。
- 5の欄は、再認定又は変更の場合に記載すること。
- 6及び 7の欄は、変更の場合に記載すること。
- 6 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

添付書類

- 1 医師の意見書又は診断書
- 2 所得状況及び高額治療継続者であることを証する書類その他負担上限月額算定のために必要な事項に関する書類
- 3 支給認定に係る医療受給者証（申請を行う障害者又は障害児の保護者が現に支給認定を受けている場合に限る。）
- 4 変更の場合には、その事実を証する書類
- 5 自立支援医療（育成医療）意見書（様式第6号）（育成医療に係る支給認定申請の場合に限る。）
- 6 診断書（様式第7号）（精神通院医療に係る支給認定申請の場合に限る。）

----- ここから下の欄には記載しないでください。 -----

行政庁記入欄

| | | | | | |
|---------|--|-------|--|-------|--|
| 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 | 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 | | | |

様式第6号 (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 | | 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 (該当するものを付ける) | (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) じん臓機能障害 (7) 小腸機能障害 (8) その他の内臓障害 (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 | 自 | 年 | 月 | 日 | 日間 |
| | 及 び 期 間 | 通院治療回数 | 自 | 年 | 月 | 日 | 回 日間 |
| | 訪問看護予定 | 回数及び期間 | 自 | 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 |
| 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します。

年 月 日

指定自立支援医療機関

電 話 番 号

担 当 医 師 名

㊞

注 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第7号 (第5条関係)

| 氏名 | | 診断書 (精神通院医療費公費負担用) | | 年 月 日 | 生 (満 歳) | 性 別 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|-----------|-----------|-----|
| 住 所 | 名 所 | | | | | |
| 病 名 | (1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症 | ICDカテゴリー () ICDカテゴリー () | | | | |
| 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 で困むこと。) | (1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制 (2) そう状態 1 行為心拍 1 幻覚妄想状態 1 幻覚 (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 (5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情鈍麻 (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 (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 | 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他 () | 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他 () | 3 その他 () | 4 その他 () | |
| 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の利用状況 (社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ、訪問指導等) | | | | | | |
| 備考 | | | | | | |

注 「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) については、G4) のいずれかを記載すること。

「重度かつ継続」に関する意見

主たる精神障害 (ICD-10に準じ該当する番号に を付け、病名及びICDコードを記載すること。)

症状性を含む器質性精神障害 (F0) (病名: ICDコード: F0)

精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1) (病名: ICDコード: F1)

統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2) (病名: ICDコード: F2)

気分障害 (F3) (病名: ICDコード: F3)

てんかん (G40) (病名: ICDコード: F)

その他 (病名: ICDコード: F)

上記 の場合のみ次の欄に記載すること。

医師の略歴 (精神医療に従事した経歴について記載すること。)

1 精神保健指定医

2 精神科医

3 その他医師

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関 所在地
名 称
科 名
診 断
電話番号
氏 名

印

注

- 1 必要な事項については、空欄が無いようにすべて記載すること。
- 2 審査判定上必要があるときは、この意見書の内容について医療機関に照会することがある。
- 3 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第8号 (第6条関係)

自立支援医療受給者証 (育成医療・精神通院医療)

| | | | | | | | | | |
|--|--------------|--|----------|--|--|------|------------|----------|------|
| 公費負担番号 | | | | | | | | 重度かつ継続 | |
| 自立支援医療費受給者番号 | | | | | | | | 該当 ・ 非該当 | |
| 受診者 | フリガナ | | | | | | | 性別 | 生年月日 |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| | 被保険者証の記号及び番号 | | | | | 保険者名 | | | |
| 保護者 <small>(受診者が18歳未満の場合に記入すること。)</small> | フリガナ | | | | | | | 続柄 | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| 指定医療機関 | 名 称 | | 所在地・電話番号 | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 公費負担の対象となる障害 | | | | | | | 特定疾病療養受給者証 | 有・無 | |
| 医療の具体的方針 | | | | | | | | | |
| 負担上限月額 | 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 職 氏 名 印 | | | | | | | | | |

注

- 1 印の欄は、育成医療の場合に記載すること。
- 2 障害者等が受ける指定自立支援医療の種類 (育成医療・精神通院医療) について、該当するものに を付けること。
- 3 人工透析を受ける者は、この受給者証と併せて、健康保険法による特定疾病療養受給者証を医療機関の窓口に提出すること。

様式第9号 (第8条関係)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届 (育成医療・精神通院医療)

年 月 日

職氏名 様

届出者氏名

㊟

自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、次のとおり届け出ます。

| | | | | |
|----------------------------|--|-------|-------|-------------|
| 受診者 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 |
| | 氏 名 | | | 年 月 日 |
| | フリガナ | | | 電話番号 |
| | 住 所 | | | |
| 保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること。) | フリガナ | | | 続柄 |
| | 氏 名 | | | |
| | フリガナ | | | 電話番号 |
| | 住 所 | | | |
| 自立支援医療受給者番号 | | | | |
| 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・受診者同一の加入者) | | | |
| | 身体障害者手帳・精神障害 | | | |

| | | |
|-----|-----------|--|
| | 者保健福祉手帳番号 | |
| 備 考 | | |

注

- 1 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続の区分の変更を含む）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、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。
- 2 現に受けている自立支援医療の種類（育成医療・精神通院医療）について該当するものに を付けること。
- 3 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

添付書類 変更した事項を証する書類

様式第10号（第9条関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書

年 月 日

職 氏 名 様

申請者 住 所
氏 氏 名



自立支援医療受給者証の再交付を次のとおり申請します。

| | | | | | |
|------------------|--------|--|----|---------|--|
| 障害児 ・者 | フリガナ | | 性別 | 生 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | 年 月 日 | |
| | フリガナ | | | 電話 | |
| | 住 所 | | | 番号 | |
| 障害児 である 場合 | フリガナ | | | 続柄 | |
| | 保護者の氏名 | | | 電話 | |
| | フリガナ | | | 番号 | |
| | 保護者の住所 | | | | |
| 申 請 の 理 由 | | | | | |

注 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第11号 (第10条関係)

指定自立支援医療機関 (病院又は診療所) 指定申請書

年 月 日

職 氏名 様

住 所

(法人にあっては、主たる事務所)

申請者 氏 名

㊟

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関 (病院又は診療所) の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | |
|--------------------------|--------------|------------------------------------|---------|----------|
| 担当しようとする 自立支援医療の種類 | 1 | 1 育成医療 | 2 更生医療 | 3 精神通院医療 |
| 保険医療機関 | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | | | |
| 開 設 者 | 住 所 | | | |
| | 氏名又は名称 | | | |
| 標ぼうしている診療科名 | 2 | | | |
| 担当しようとする医療の種類 | 3 | 眼科 耳鼻いんこう科 口腔 整形外科 形成外科 中枢神経 脳神経外科 | | |
| | 3 | 心臓脈管外科 じん臓 じん移植 小腸 歯科矯正 免疫 | | |
| 主として担当する医師 又は 歯科医師の氏名 | | | | |
| 主として担当する医師 又は 歯科医師の経歴 | 育成医療・更生医療の場合 | 指定自立支援医療を行うため | 別紙3のとおり | |
| | 精神通院医療の場合 | に必要な体制及び設備の概要 | 4 | |
| 患者を収容する施設の有無及 びその収容定員 | 5 | | | |

注

- 1 1の欄は、担当しようとする自立支援医療の番号に を付けること。
- 2 2の欄は、担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものについて記載すること。
- 3 3から 5までの欄は、育成医療又は更生医療の場合に記載すること。
- 4 3の欄は、該当するものに を付けること。
- 5 5の欄は、申請者が診療所の開設者である場合に記載すること。

添付書類 健康保険法に規定する保険医療機関であることを証するもの

(別紙1)

経 歴 書

| | | | | | |
|--------------|---------|---|--|------|--|
| 学 位 | | ふりがな 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 | | | |
| | | | | | |

注 最終学歴から現在に至るまでについて詳細に記載すること。次の事項は必ず記載すること。

ア 最終学歴における専攻科名

イ 医師免許取得後に、担当する医療について大学、病院等で研修をした場合には、その研修をした機関名、期間及び師事した指導者の氏名

ウ 学位論文又は学会に提出した論文で担当する医療に関連のあるものがある場合には、その論文名

添付書類

- 1 医師免許証の写し
- 2 指導者の氏名、研究テーマ、講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等の研究の内容別期間、従事日数（1箇月又は1週間当たり）、その他研究態様を明らかにした主任教授等による証明書（別紙4）
- 3 じん臓に関する医療を担当しようとする場合にあっては、別紙5による証明書
- 4 小腸に関する医療を担当しようとする場合にあっては、別紙6による証明書
- 5 注ウに係る論文のうち代表的な主論文及び副論文各1部の写し

(別紙2)

経 歴 書

| | | | |
|-------------|---|------|-----|
| ふりがな 氏 名 | | 生年月日 | |
| 現 住 所 | | | |
| 年 月 日 | 任 | 免 | 事 項 |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

添付書類 医師免許証の写し

(別紙3)

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

| | 品 目 | 数量 | 品 目 | 数量 |
|-----|-----|----|-----|----|
| 設 備 | | | | |

(主要なもの)

体 制

(別紙4)

研 究 内 容 に 関 す る 証 明 書

医療機関名

氏 名

㊟

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) 月間 (1 週 日 時間)
至 年 月 日)

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日) 月間 (1 週 日 時間)
至 年 月 日)

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5)

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

㊟

(別紙6)

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

㊟

注

- 1 「医療機関名」の欄は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」の欄は、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。

- 3 「症例数」の欄は、各期間に対応する症例数を直近時から遡って記載し、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）を超える症例数になるまで記載すること。この場合においては、患者の性別、年齢、期間等の一覧表を添付すること。
- 4 中心静脈栄養法の症例数は、全体数を括弧外に、在宅中心静脈栄養法によるものを括弧内に記載すること。なお、記載に当たっては、次の点に注意すること。
- (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。この場合において、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、その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（第10条関係）

指定自立支援医療機関（薬局）指定申請書

年 月 日

職 氏名 様

住 所

（法人にあつては、主たる事務所）

申請者 氏 名

㊟

（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

指定自立支援医療機関（薬局）の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | |
|------------------------|--------|------------------------------|
| 担当しようとする 自立支援医療の種類 | | 1 育成医療 2 更生医療 3 精神通院医療 |
| 保険薬局 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| 開 設 者 | 住 所 | |
| | 氏名又は名称 | |
| 薬 剤 師 | 氏 名 | |
| | 経 歴 | 別紙1のとおり |
| 調剤のために必要な設備 及び施設の概要 | | 2 別紙2のとおり |

注

- 1 1の欄は、担当しようとする自立支援医療の番号に を付けること。
- 2 2の欄は、更生医療又は育成医療の場合に記載すること。

添付書類 健康保険法に規定する保険薬局であることを証するもの

(別紙1)

経 歴 書

| | | | | | |
|------------|--|-------------|--|------|--|
| 学 位 | | ふりがな 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 | 別添のとおり | 調剤室の面積 | |
|-------------|--------|--------|-----|
| | 品 目 | | 数 量 |
| 主 たる 設 備 | | | |

注 「主たる設備」の欄は、薬局等構造設備規則に定める設備以外のものがある場合に、その主たるものを記載すること。

添付書類 薬局の見取図 (特に入口付近が分かるもの)

様式第13号 (第10条関係)

指定自立支援医療機関 (指定訪問看護事業者等) 指定申請書

年 月 日

職 氏名 様

住 所

(法人にあっては、主たる事務所)

申請者 氏 名

㊟

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関 (指定訪問看護事業者等) の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | |
|-----------------------------------|------------------|--------|--------|----------|
| 担当しようとする 自立支援医療の種類 | 1 | 1 育成医療 | 2 更生医療 | 3 精神通院医療 |
| 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 | | | |
| 訪問看護ステ ーション等 | 名 称 | | | |
| | 所 在 地 | | | |
| | 指定訪問看護 従事職員定数 | 別紙のとおり | | |

注 1の欄は、担当しようとする自立支援医療の番号に を付けること。

添付書類 健康保険法に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者のうち
訪問看護を行う者であることを証するもの

(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
看護又は訪問看護に係る指定居宅サービスに従事する職員の定数

| 職 種 | 定 数 |
|-----|-----|
| | |

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

注 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 (第11条関係)

指定自立支援医療機関変更届出書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

(法人にあっては、主たる事務所)

届出者 氏 名

印

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

指定を受けた事項に変更があったので、次のとおり届け出ます。

| | | |
|-----------------|-------|------------------------------|
| 医 療 機 関 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| 担当している自立支援医療の種類 | | 1 育成医療 2 更生医療 3 精神通院医療 |
| 変 更 事 項 | 変 更 前 | |
| | 変 更 後 | |

| | |
|-----------|--|
| 変 更 年 月 日 | |
|-----------|--|

様式第15号 (第12条関係)

指定自立支援医療機関 (休止・廃止・再開) 届出書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

(法人にあっては、主たる事務所)

届出者 氏 名

④

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関の業務を (休止・廃止・再開) したので、次のとおり届け出ます。

| | | |
|------------------|------------------------------|--|
| 医 療 機 関 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| 担当している自立支援医療の種類 | 1 育成医療 2 更生医療 3 精神通院医療 | |
| (休止・廃止・再開) | | |
| 年 月 日 | | |
| 休止・廃止の理由及び再開の見込み | | |

注 「休止・廃止・再開」のうち該当するものに を付けること。

様式第16号 (第12条関係)

指定自立支援医療機関処分届出書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

(法人にあつては、主たる事務所)

届出者 氏 名

㊟

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

(医療法・健康保険法・介護保険法・薬事法) に基づく処分を受けたので、次のとおり届け出ます。

| | | |
|-----------------|-------|------------------------------|
| 医 療 機 関 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| 担当している自立支援医療の種類 | | 1 育成医療 2 更生医療 3 精神通院医療 |
| 処 分 を 受 け た 日 | | |
| 処 分 の 概 要 | | |

注 「医療法・健康保険法・介護保険法・薬事法」のうち該当するものに を付けること。

様式第17号 (第13条関係)

指定自立支援医療機関辞退申出書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

(法人にあつては、主たる事務所)

申出者 氏 名

㊟

(法人にあつては、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、次のとおり申し出ます。

| | | |
|-----------------------------|------------------------------|--|
| 医 療 機 関 | 名 称 | |
| | 所 在 地 | |
| 担 当 して いる 自 立 支 援 医 療 の 種 類 | 1 育成医療 2 更生医療 3 精神通院医療 | |
| 辞 退 年 月 日 | | |
| 辞 退 の 理 由 | | |

様式第18号 (第14条関係)

障害福祉サービス事業等開始届出書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

届出者 氏 名

㊟

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

障害福祉サービス事業等を開始するので、次のとおり届け出ます。

| | | |
|------------|----------------------------|---------------------------------|
| 開始しようとする事業 | 種 類 | ・ 障害福祉サービス事業 ・ 相談支援事業 |
| | (該当するものにするもの。) | ・ 移動支援事業 ・ 地域活動支援センターを運営する事業 |
| 経 営 者 | 内 容 | ・ 福祉ホームを運営する事業 |
| | 住 所 又 は 主 たる 事 務 所 の 所 在 地 | |
| | 氏 名 又 は 名 称 | |
| 職員の職種 | 職務の内容 | 職員の定員 |
| | | 人 合計 |

| | | | |
|--------------------------|---------|---|---|
| | | 人 | |
| | | 人 | 人 |
| 主 な 職 員 の 氏 名 | | | |
| 主 な 職 員 の 経 歴 | | | |
| 事業を行おうとする区域 (1) | | | |
| 短期入所の用に供 する施設 (2) | 名 称 | | |
| | 種 類 | | |
| | 所 在 地 | | |
| | 入 所 定 員 | | |
| 事 業 開 始 の 予 定 年 月 日 | | | |
| 収支予算書等を掲載するアドレス (3) | | | |

注

- 1 1の欄は、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。
- 2 2の欄は、短期入所を行おうとする者が記載すること。
- 3 3の欄は、インターネットを利用して収支予算書及び事業計画書の閲覧ができる者が記載すること。その場合においては、添付書類の2は、提出する必要がないこと。

添付書類

- 1 条例、定款その他の基本約款
- 2 収支予算書及び事業計画書

様式第19号 (第15条関係)

障害福祉サービス事業等変更届出書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

届出者 氏 名

印

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

届出事項を変更したので、次のとおり届け出ます。

| | | |
|--------------|--------------------------------|---------------------|
| 変更に係る 事 業 | 種 類 (該当するものに をす ること。) | ・ 障害福祉サービス事業 |
| | | ・ 相談支援事業 |
| | | ・ 移動支援事業 |
| | | ・ 地域活動支援センターを運営する事業 |
| | | ・ 福祉ホームを運営する事業 |

| | | |
|------------------|-------|-------|
| 変 更 事 項 | | |
| 変 更 内 容 | 変 更 前 | |
| | 変 更 後 | |
| 変 更 年 月 日 | | 年 月 日 |

様式第20号 (第16条関係)

障害福祉サービス事業等廃止 (休止) 届出書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

届出者 氏 名



(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

障害福祉サービス事業等を廃止 (休止) するので、次のとおり届け出ます。

| | | |
|-------------------------|-------------------------|---------------------|
| 廃止 (休止) しようとする事業 | 種 類 (該当するものを選択すること。) | ・ 障害福祉サービス事業 |
| | | ・ 相談支援事業 |
| | | ・ 移動支援事業 |
| | | ・ 地域活動支援センターを運営する事業 |
| | | ・ 福祉ホームを運営する事業 |
| 廃止 (休止) しようとする年月日 | 年 月 日 | |
| 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 | | |

休 止 予 定 期 間

年 月 日 から 年 月 日まで

