

香川県営住宅条例施行規則等の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年11月29日

香川県知事 池 田 豊 人

香川県規則第52号

香川県営住宅条例施行規則等の一部を改正する規則

(香川県営住宅条例施行規則の一部改正)

第1条 香川県営住宅条例施行規則(昭和39年香川県規則第30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
第2号様式(第8条の4関係)	第2号様式(第8条の4関係)

(日本産業規格A列4番)
 県営住宅入居許可申請書 (一般・準特優賃・特別・特公賃)

香川県知事 殿

年 月 日

一般入居
 登録入居

〒 申請者 住所 (電話番号) 氏名

次のとおり、誓約及び同意の上、県営住宅に入居したいので申請します。
 申請者又は同居しようとする親族が暴力団員であるときは、入居の許可がなされなくても、又は入居の許可を取り消されても異議がないことを誓約します。
 暴力団員であるか否かの確認のため警察本部へ照会がなされることに同意します。

勤務先 (連絡先)	名称		電話番号				入居希望住宅 県営住宅		扶養	障害	その他	職業	所得金額 (年間)	
	所在地	〒	棟	団地 号室	氏名	年齢								
ふりがな	氏名	続柄	年齢	年	月	日	年	年	月	日	年	年	月	日
		本人	大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
世帯人数	人												合計	

- 備考 1 その他の欄は、公営住宅法施行令(昭和26年政令第240号)第1条第3号へに規定する「寡婦」又は同号トに規定する「ひとり親」に該当する場合に○を付けてください。
 2 太枠内は、記入しないでください。
 3 申請者との続柄を証明することができる書類(続柄の記載された住民票等)を添付してください。
 4 所得を証明することができる書類(所得証明書等)を添付してください。
 5 県税に滞納がないことを証する書類(県及び市町が発行する納税証明書)を添付してください。
 6 別居扶養親族がいる場合は、その方を扶養している事実を証明することができる書類を添付してください。
 7 障害者控除を受ける場合は、障害者手帳(写し)を添付してください。

認定額	親族	基礎	特定扶養	老老	寡婦	ひとり親	普通障害	特別障害	控除額	所得金額	差引所得金額	基本月収額
	38万× 人	10万× 人	25万× 人	10万× 人	27万× 人	35万× 人	27万× 人	40万× 人				÷12
	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円				
				1		0~104,000		特別 県営住宅	487,000円 以下	特 公 賃	158,000~259,000	
				2	104,001~123,000			259,001~350,000				
				3	123,001~139,000			350,001~487,000				
				4	139,001~158,000							
				家賃					円	入力済確認欄		

(日本産業規格A列4番)
 県営住宅入居許可申請書 (一般・準特優賃・特別・特公賃)

香川県知事 殿

年 月 日

一般入居
 登録入居

〒 申請者 住所 (電話番号) 氏名

次のとおり、誓約及び同意の上、県営住宅に入居したいので申請します。
 申請者又は同居しようとする親族が暴力団員であるときは、入居の許可がなされなくても、又は入居の許可を取り消されても異議がないことを誓約します。
 暴力団員であるか否かの確認のため警察本部へ照会がなされることに同意します。

勤務先 (連絡先)	名称		電話番号				入居希望住宅 県営住宅		扶養	障害	その他	職業	所得金額 (年間)	
	所在地	〒	棟	団地 号室	氏名	年齢								
ふりがな	氏名	続柄	年齢	年	月	日	年	年	月	日	年	年	月	日
		本人	大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
			大昭平令											
世帯人数	人												合計	

- 備考 1 その他の欄は、公営住宅法施行令(昭和26年政令第240号)第1条第3号へに規定する「寡婦」又は同号トに規定する「ひとり親」に該当する場合に○を付けてください。
 2 太枠内は、記入しないでください。
 3 申請者との続柄を証明することができる書類(続柄の記載された住民票等)を添付してください。
 4 所得を証明することができる書類(所得証明書等)を添付してください。
 5 県税に滞納がないことを証する書類(県及び市町が発行する納税証明書)を添付してください。
 6 別居扶養親族がいる場合は、その方の被保険者証(健康保険証)を持参してください。
 7 障害者控除を受ける場合は、障害者手帳(写し)を添付してください。

認定額	親族	基礎	特定扶養	老老	寡婦	ひとり親	普通障害	特別障害	控除額	所得金額	差引所得金額	基本月収額
	38万× 人	10万× 人	25万× 人	10万× 人	27万× 人	35万× 人	27万× 人	40万× 人				÷12
	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円	万円				
				1		0~104,000		特別 県営住宅	487,000円 以下	特 公 賃	158,000~259,000	
				2	104,001~123,000			259,001~350,000				
				3	123,001~139,000			350,001~487,000				
				4	139,001~158,000							
				家賃					円	入力済確認欄		

(児童福祉法施行細則の一部改正)

第2条 児童福祉法施行細則(平成2年香川県規則第28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>第1号様式(第2条関係) (表)</p> <p style="text-align: right;">小児慢性特定疾病医療費支給認定兼小児慢性特定疾病登録者証申請書(新規・更新) 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">香川県知事殿</p> <p style="text-align: right;">申請者(受診者の保護者) 住 所 ふりがな 氏 名 個人番号 受診者との続柄 電話番号() —</p> <p>次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給の認定等を申請します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者兼要支援者</td> <td>ふりがな氏名</td> <td colspan="2">生年月日</td> <td colspan="2">年(月)日(生 歳)</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="2">電話番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">加入医療保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td colspan="2">受診者との続柄</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>※保険種別</td> <td>全国健保・健組・共済・船員・国保・国組</td> <td>記号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>保険者名</td> <td colspan="2">番 号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>※該当する階層区分</td> <td colspan="5">生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得</td> </tr> <tr> <td>自己負担上限額の特例</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>人工呼吸器等装着</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>重症患者認定</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>高額治療継続</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>世帯内按分特例</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>疾 病 名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3">現在の受給者番号(更新の場合に記入)</td> </tr> <tr> <td>指定難病の受給者番号(受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合に記入)</td> <td colspan="2"></td> <td>※登録者証申請</td> <td colspan="3">申請する・申請しない</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関</td> <td>医 療 機 関 名</td> <td colspan="2">所 在 地</td> <td colspan="2">電 話 番 号</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">医療費支給認定基準世帯員(受診者の加入している医療保険の被保険者等)</td> <td>氏名(受診者との続柄)</td> <td>個人番号</td> <td>氏名(受診者との続柄)</td> <td colspan="2">個人番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	受診者兼要支援者	ふりがな氏名	生年月日		年(月)日(生 歳)		個人番号					住 所	電話番号				加入医療保険	被保険者氏名	受診者との続柄				※保険種別	全国健保・健組・共済・船員・国保・国組	記号			保険者名	番 号				※該当する階層区分	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得					自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	重症患者認定	<input type="checkbox"/>	高額治療継続	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	疾 病 名			現在の受給者番号(更新の場合に記入)			指定難病の受給者番号(受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合に記入)			※登録者証申請	申請する・申請しない			受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関	医 療 機 関 名	所 在 地		電 話 番 号																	医療費支給認定基準世帯員(受診者の加入している医療保険の被保険者等)	氏名(受診者との続柄)	個人番号	氏名(受診者との続柄)	個人番号																	<p>第1号様式(第2条関係) (表)</p> <p style="text-align: right;">小児慢性特定疾病医療費支給認定兼小児慢性特定疾病登録者証申請書(新規・更新) 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">香川県知事殿</p> <p style="text-align: right;">申請者(受診者の保護者) 住 所 ふりがな 氏 名 個人番号 受診者との続柄 電話番号() —</p> <p>次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給の認定等を申請します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者兼要支援者</td> <td>ふりがな氏名</td> <td colspan="2">生年月日</td> <td colspan="2">年(月)日(生 歳)</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="2">電話番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">加入医療保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td colspan="2">受診者との続柄</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>※保険種別</td> <td>全国健保・健組・共済・船員・国保・国組</td> <td>記号</td> <td>被保険者証番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>被保険者証発行機関名</td> <td colspan="2">番 号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>※該当する階層区分</td> <td colspan="5">生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得</td> </tr> <tr> <td>自己負担上限額の特例</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>人工呼吸器等装着</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>重症患者認定</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>高額治療継続</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>世帯内按分特例</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>疾 病 名</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3">現在の受給者番号(更新の場合に記入)</td> </tr> <tr> <td>指定難病の受給者番号(受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合に記入)</td> <td colspan="2"></td> <td>※登録者証申請</td> <td colspan="3">申請する・申請しない</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関</td> <td>医 療 機 関 名</td> <td colspan="2">所 在 地</td> <td colspan="2">電 話 番 号</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">医療費支給認定基準世帯員(受診者の加入している医療保険の被保険者等)</td> <td>氏名(受診者との続柄)</td> <td>個人番号</td> <td>氏名(受診者との続柄)</td> <td colspan="2">個人番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	受診者兼要支援者	ふりがな氏名	生年月日		年(月)日(生 歳)		個人番号					住 所	電話番号				加入医療保険	被保険者氏名	受診者との続柄				※保険種別	全国健保・健組・共済・船員・国保・国組	記号	被保険者証番号		被保険者証発行機関名	番 号				※該当する階層区分	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得					自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	重症患者認定	<input type="checkbox"/>	高額治療継続	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>	疾 病 名			現在の受給者番号(更新の場合に記入)			指定難病の受給者番号(受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合に記入)			※登録者証申請	申請する・申請しない			受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関	医 療 機 関 名	所 在 地		電 話 番 号																	医療費支給認定基準世帯員(受診者の加入している医療保険の被保険者等)	氏名(受診者との続柄)	個人番号	氏名(受診者との続柄)	個人番号																
受診者兼要支援者		ふりがな氏名	生年月日		年(月)日(生 歳)																																																																																																																																																																																																										
		個人番号																																																																																																																																																																																																													
	住 所	電話番号																																																																																																																																																																																																													
加入医療保険	被保険者氏名	受診者との続柄																																																																																																																																																																																																													
	※保険種別	全国健保・健組・共済・船員・国保・国組	記号																																																																																																																																																																																																												
	保険者名	番 号																																																																																																																																																																																																													
※該当する階層区分	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得																																																																																																																																																																																																														
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	重症患者認定	<input type="checkbox"/>	高額治療継続	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																						
疾 病 名			現在の受給者番号(更新の場合に記入)																																																																																																																																																																																																												
指定難病の受給者番号(受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合に記入)			※登録者証申請	申請する・申請しない																																																																																																																																																																																																											
受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関	医 療 機 関 名	所 在 地		電 話 番 号																																																																																																																																																																																																											
医療費支給認定基準世帯員(受診者の加入している医療保険の被保険者等)	氏名(受診者との続柄)	個人番号	氏名(受診者との続柄)	個人番号																																																																																																																																																																																																											
受診者兼要支援者	ふりがな氏名	生年月日		年(月)日(生 歳)																																																																																																																																																																																																											
	個人番号																																																																																																																																																																																																														
	住 所	電話番号																																																																																																																																																																																																													
加入医療保険	被保険者氏名	受診者との続柄																																																																																																																																																																																																													
	※保険種別	全国健保・健組・共済・船員・国保・国組	記号	被保険者証番号																																																																																																																																																																																																											
	被保険者証発行機関名	番 号																																																																																																																																																																																																													
※該当する階層区分	生活保護・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ・一般所得Ⅰ・一般所得Ⅱ・上位所得																																																																																																																																																																																																														
自己負担上限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	重症患者認定	<input type="checkbox"/>	高額治療継続	<input type="checkbox"/>	世帯内按分特例	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																																																																						
疾 病 名			現在の受給者番号(更新の場合に記入)																																																																																																																																																																																																												
指定難病の受給者番号(受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合に記入)			※登録者証申請	申請する・申請しない																																																																																																																																																																																																											
受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関	医 療 機 関 名	所 在 地		電 話 番 号																																																																																																																																																																																																											
医療費支給認定基準世帯員(受診者の加入している医療保険の被保険者等)	氏名(受診者との続柄)	個人番号	氏名(受診者との続柄)	個人番号																																																																																																																																																																																																											
(裏) 略	(裏) 略																																																																																																																																																																																																														

第6号様式（第6条関係）

療育給付申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()
受療者との続柄

次のとおり療育の給付を申請します。

受療者	ふりがな 氏 名	-----	男・女	年 月 日生 (歳)	
	個人番号				
扶 養 義務者	ふりがな 氏 名	-----	受療者の 続 柄		
	住 所				
	個人番号				
被 保 険 者 の 記号及び番号		負担率		保 険 名	
希望する指定療育医療機関名					
* 受付保健所名 及び受付年月日				備 考	
* 保健所長の意見					

(注)

*の欄は、記入しないこと。

第6号様式（第6条関係）

療育給付申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()
受療者との続柄

次のとおり療育の給付を申請します。

受療者	ふりがな 氏 名	-----	男・女	年 月 日生 (歳)	
	個人番号				
扶 養 義務者	ふりがな 氏 名	-----	受療者の 続 柄		
	住 所				
	個人番号				
被 保 険 者 証 の 記号及び番号		負担率		保 険 名	
希望する指定療育医療機関名					
* 受付保健所名 及び受付年月日				備 考	
* 保健所長の意見					

(注)

*の欄は、記入しないこと。

第10号様式の2（第7条の2関係）

(表) 略
(裏)

申請する等の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定（下記IIの減免措置適用前） 次の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。） 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯（所得割額28万円未満）に属する者
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関の入所者等であるため、医療型個別減免を申請します。
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定 福祉型障害児入所施設の入所者であるため、特定入所障害児食費等給付費の支給を申請します。
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）を申請します。 ＊福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

障害児入所医療費の支給を希望する場合は、入所給付費支給申請に係る障害児について、次の欄に記入すること。

保険者名及び番号		被保険者の記号及び番号	
----------	--	-------------	--

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入すること。）		
フリガナ氏名	-----	申請者との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 () _____		

第10号様式の2（第7条の2関係）

(表) 略
(裏)

申請する等の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定（下記IIの減免措置適用前） 次の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。） 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯（所得割額28万円未満）に属する者
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 医療型障害児入所施設又は指定発達支援医療機関の入所者等であるため、医療型個別減免を申請します。
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定 福祉型障害児入所施設の入所者であるため、特定入所障害児食費等給付費の支給を申請します。
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）を申請します。 ＊福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

障害児入所医療費の支給を希望する場合は、入所給付費支給申請に係る障害児について、次の欄に記入すること。

保険者名及び番号		被保険者証の記号及び番号	
----------	--	--------------	--

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入すること。）		
フリガナ氏名	-----	申請者との関係	
住所	〒 _____ 電話番号 () _____		

第10号様式の4（第7条の3関係）

(表) 略
(裏)

(四)	(五)
<p style="text-align: center;">注 意 事 項 欄</p> <p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持って いてください。</p> <p>2 指定入所支援を受けようとするときは、必 ずこの証を指定施設に提示してください。</p> <p>3 医療型障害児入所施設に入所するときは、 この証に障害児入所医療受給者証を添えて、 指定障害児入所施設等に提示してください。</p> <p>4 指定入所支援を受けるときに支払う金額 は、当該入所給付決定保護者の家計の負担能 力その他の事情を斟酌して政令で定める額 (当該政令で定める額が指定障害児入所支援 に通常要する費用（入所特定費用を除く。） の総額の1割相当を超えるときは1割相当の 額）です。ただし、この証の(二)面の負担上 限月額欄に記載された金額が1月当たりの上 限になります（※個別減免等の認定を受けた 場合には、減免後の額が表示されていま す。）。</p> <p>また、食事及び居住に要する費用について は、特定入所障害児食費等給付費欄に記載す る額を1月当たりの上限として支給します。</p> <p>5 負担上限月額及び特定入所障害児食費等給 付費については、毎年入所給付決定保護者の 収入等に応じて決定しますので、所定の時期 に、この証と認定に必要な関係書類を香川県 障害福祉相談所に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは、障害児入 所給付費の支給を受けられませんので、給付 決定期間を経過する前に香川県障害福祉相談 所にこの証を添えて、障害児入所給付費の支 給の再申請をしてください。</p>	<p style="text-align: center;">注 意 事 項 欄</p> <p>7 この証の(一)又は(二)面の記載事項に変更 があったときは、14日以内に、この証を添え て、香川県障害福祉相談所にその旨を届け出 てください。</p> <p>8 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県 等の区域に移すと、この証は、使えなくなり ます。 居住地を移そうとする場合は、事前に、香 川県障害福祉相談所に御連絡、御相談くださ い。</p> <p>また、給付決定期間内に、他の都道府県等 の区域に居住地を移したときは、14日以内 に、この証を添えて、香川県障害福祉相談所 に届け出てください。</p> <p>9 この証を破損したり、汚したり、又は紛失 したときは、速やかに届け出て、再交付を受 けてください。</p> <p>また、再交付を受けた後、紛失したこの証 を発見したときは、速やかに、香川県障害福 祉相談所に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなったときは、直ち に、この証を香川県障害福祉相談所に返して ください。</p> <p>11 不正にこの証を使用した者は、関係法令に より処罰されることがあります。</p>

第10号様式の4（第7条の3関係）

(表) 略
(裏)

(四)	(五)
<p style="text-align: center;">注 意 事 項 欄</p> <p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持って いてください。</p> <p>2 指定入所支援を受けようとするときは、必 ずこの証を指定施設に提示してください。</p> <p>3 医療型障害児入所施設に入所するときは、 この証に医療保険の被保険者証及び障害児入 所医療受給者証を添えて、指定障害児入所施 設等に提示してください。</p> <p>4 指定入所支援を受けるときに支払う金額 は、当該入所給付決定保護者の家計の負担能 力その他の事情を斟酌して政令で定める額 (当該政令で定める額が指定障害児入所支援 に通常要する費用（入所特定費用を除く。） の総額の1割相当を超えるときは1割相当の 額）です。ただし、この証の(二)面の負担上 限月額欄に記載された金額が1月当たりの上 限になります（※個別減免等の認定を受けた 場合には、減免後の額が表示されていま す。）。</p> <p>また、食事及び居住に要する費用について は、特定入所障害児食費等給付費欄に記載す る額を1月当たりの上限として支給します。</p> <p>5 負担上限月額及び特定入所障害児食費等給 付費については、毎年入所給付決定保護者の 収入等に応じて決定しますので、所定の時期 に、この証と認定に必要な関係書類を香川県 障害福祉相談所に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは、障害児入 所給付費の支給を受けられませんので、給付 決定期間を経過する前に香川県障害福祉相談 所にこの証を添えて、障害児入所給付費の支 給の再申請をしてください。</p>	<p style="text-align: center;">注 意 事 項 欄</p> <p>7 この証の(一)又は(二)面の記載事項に変更 があったときは、14日以内に、この証を添え て、香川県障害福祉相談所にその旨を届け出 てください。</p> <p>8 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県 等の区域に移すと、この証は、使えなくなり ます。 居住地を移そうとする場合は、事前に、香 川県障害福祉相談所に御連絡、御相談くださ い。</p> <p>また、給付決定期間内に、他の都道府県等 の区域に居住地を移したときは、14日以内 に、この証を添えて、香川県障害福祉相談所 に届け出てください。</p> <p>9 この証を破損したり、汚したり、又は紛失 したときは、速やかに届け出て、再交付を受 けてください。</p> <p>また、再交付を受けた後、紛失したこの証 を発見したときは、速やかに、香川県障害福 祉相談所に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなったときは、直ち に、この証を香川県障害福祉相談所に返して ください。</p> <p>11 不正にこの証を使用した者は、関係法令に より処罰されることがあります。</p>

第10号様式の5（第7条の3関係）

(表)

障害児入所医療受給者証			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
入所給付決定保護者	フリガナ		
	居住地		
	フリガナ	生年月日	
氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏名		年 月 日
児	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏名		年 月 日
被保険者の記号及び番号	-----		

番号	-----		

負担上限月額	障害児入所医療(食事療養を除く。)	月額	円
	食事療養	月額	円
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
交付年月日	年 月 日		
支給決定者名	-----		
	香 川 県 国 問い合わせ先 香川県障害福祉相談所		

(裏)

注 意 事 項 欄	
1	この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。
2	障害児入所医療を受けようとするときは、必ずこの証を指定施設に提示してください。
3	障害児入所医療の負担上限月額は、この証の負担上限月額に記載された金額が1月当たりの上限になります(※医療型個別減免等の認定を受けた場合には、減免後の額が表示されています)。
4	障害児入所医療の負担上限月額は、毎年入所給付決定保護者等の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を香川県障害福祉相談所に提出してください。
5	給付決定期間を経過したときは、障害児入所医療費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に香川県障害福祉相談所にこの証を添えて、障害児入所給付費の支給の再申請をしてください。
6	この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、香川県障害福祉相談所にその旨を届け出てください。
7	給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は、使えなくなります。 居住地を移そうとする場合は、事前に、香川県障害福祉相談所に御連絡、御相談ください。 また、給付決定期間内に、他の都道府県等の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、香川県障害福祉相談所に届け出てください。
8	この証を破損したり、汚したり、又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、香川県障害福祉相談所に返してください。
9	受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を香川県障害福祉相談所に返してください。
10	不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。

第10号様式の5（第7条の3関係）

(表)

障害児入所医療受給者証			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
入所給付決定保護者	フリガナ		
	居住地		
	フリガナ	生年月日	
氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏名		年 月 日
児	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏名		年 月 日
被保険者証の記号及び番号	-----		

番号	-----		

負担上限月額	障害児入所医療(食事療養を除く。)	月額	円
	食事療養	月額	円
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
交付年月日	年 月 日		
支給決定者名	-----		
	香 川 県 国 問い合わせ先 香川県障害福祉相談所		

(裏)

注 意 事 項 欄	
1	この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。
2	障害児入所医療を受けようとするときは、必ずこの証に医療保険の被保険者証を添えて、指定施設に提示してください。
3	障害児入所医療の負担上限月額は、この証の負担上限月額に記載された金額が1月当たりの上限になります(※医療型個別減免等の認定を受けた場合には、減免後の額が表示されています)。
4	障害児入所医療の負担上限月額は、毎年入所給付決定保護者等の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を香川県障害福祉相談所に提出してください。
5	給付決定期間を経過したときは、障害児入所医療費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に香川県障害福祉相談所にこの証を添えて、障害児入所給付費の支給の再申請をしてください。
6	この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、香川県障害福祉相談所にその旨を届け出てください。
7	給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は、使えなくなります。 居住地を移そうとする場合は、事前に、香川県障害福祉相談所に御連絡、御相談ください。 また、給付決定期間内に、他の都道府県等の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、香川県障害福祉相談所に届け出てください。
8	この証を破損したり、汚したり、又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、香川県障害福祉相談所に返してください。
9	受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を香川県障害福祉相談所に返してください。
10	不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。

第10号様式の8（第7条の4関係）

高額障害児入所給付費支給申請書

香川県知事 殿 申請者 居住地
フリガナ
氏名
個人番号
生年月日
連絡先
年 月 日
()

次のとおり高額障害児入所給付費の支給を申請します。

フリガナ		①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 ②児童福祉法										
支給決定に係る		制 度		受給者証番号又は被保険者番号								
児童氏名												
生年月日		年 月 日										
続 柄												
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額				申請に係るサービス利用月		年 月 分						
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額												
同 支 給 決 定 障 害 者 等 の 他 の	氏 名	生年月日	①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 ②児童福祉法 ③介護保険法									
	制 度		受給者証番号又は被保険者番号									
	個人番号											
	個人番号											
	個人番号											

(注)

- 1 支払額を証する領収書を添付すること。
- 2 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請すること。
- 3 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出すること。高額障害児入所給付費を次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号							
	金融機関コード	店 舗 コード	1 普通預金								
			2 当座預金								
フリガナ											
口座名義人											

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入すること。）	
フリガナ 氏 名	申請者 との関係	
住 所	〒 電話番号 ()	

第10号様式の8（第7条の4関係）

高額障害児入所給付費支給申請書

香川県知事 殿 申請者 居住地
フリガナ
氏名
個人番号
生年月日
連絡先
年 月 日
()

次のとおり高額障害児入所給付費の支給を申請します。

フリガナ		①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 ②児童福祉法										
支給決定に係る		制 度		受給者証番号又は被保険者証番号								
児童氏名												
生年月日		年 月 日										
続 柄												
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額				申請に係るサービス利用月		年 月 分						
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額												
同 支 給 決 定 障 害 者 等 の 他 の	氏 名	生年月日	①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律 ②児童福祉法 ③介護保険法									
	制 度		受給者証番号又は被保険者証番号									
	個人番号											
	個人番号											
	個人番号											

(注)

- 1 支払額を証する領収書を添付すること。
- 2 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請すること。
- 3 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出すること。高額障害児入所給付費を次の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号							
	金融機関コード	店 舗 コード	1 普通預金								
			2 当座預金								
フリガナ											
口座名義人											

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入すること。）	
フリガナ 氏 名	申請者 との関係	
住 所	〒 電話番号 ()	

(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部改正)

第3条 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成18年香川県規則第42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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
第4号様式（第4条、第5条関係） （表）	第4号様式（第4条、第5条関係） （表）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">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）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>年 齢</td> <td colspan="2"></td> <td>生 年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td>電 話 番 号</td> <td colspan="2"></td> <td>年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>個 人 番 号</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">保 護 者</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">1</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">受診者の 続柄</td> <td colspan="2"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">電 話 番 号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">2</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">受診者の 続柄</td> <td colspan="2"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">電 話 番 号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">負担額に関する事項</td> <td colspan="2">受診者の医療保険各法による記号及び番号</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">保険者名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">氏 名</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">個 人 番 号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">受診者と同一保険の加入者</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">該当する区分</td> <td colspan="3">生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td colspan="2">高額治療継続者（重度かつ継続）</td> <td colspan="3">該当・非該当</td> </tr> <tr> <td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳番号</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳の有効期限</td> <td colspan="3">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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。）</td> <td colspan="3">名 称 所 在 地 電 話 番 号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">再認定・変更の 場合に記載</td> <td colspan="2">既存の自立支援医療受給者証の有効期限</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">病状の変化及び治療方針の変更の有無</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">有・無</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">有・無</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">年 月 日</td> <td colspan="5" style="text-align: right;">申請者 氏 名</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">香川県知事 殿</td> </tr> </tbody> </table>	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）										受診者	フリガナ				年 齢			生 年 月 日			住 所				電 話 番 号			年 月 日			個 人 番 号										保 護 者	1	フリガナ				受診者の 続柄			電 話 番 号			住 所								2	フリガナ				受診者の 続柄			電 話 番 号			住 所								負担額に関する事項	受診者の医療保険各法による記号及び番号					保険者名					氏 名					個 人 番 号					受診者と同一保険の加入者										該当する区分		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			精神障害者保健福祉手帳番号					精神障害者保健福祉手帳の有効期限		令和 年 月 日			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。）		名 称 所 在 地 電 話 番 号								再認定・変更の 場合に記載	既存の自立支援医療受給者証の有効期限					令和 年 月 日					病状の変化及び治療方針の変更の有無					有・無					前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無					有・無					上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。										年 月 日					申請者 氏 名					香川県知事 殿										<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="10" style="text-align: center;">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）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>年 齢</td> <td colspan="2"></td> <td>生 年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td>電 話 番 号</td> <td colspan="2"></td> <td>年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>個 人 番 号</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">保 護 者</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">1</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">受診者の 続柄</td> <td colspan="2"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">電 話 番 号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">2</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">受診者の 続柄</td> <td colspan="2"></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">電 話 番 号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center;">負担額に関する事項</td> <td colspan="2">受診者の被保険者証の記号及び番号</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">保険者名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">氏 名</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">個 人 番 号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">受診者と同一保険の加入者</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">該当する区分</td> <td colspan="3">生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td colspan="2">高額治療継続者（重度かつ継続）</td> <td colspan="3">該当・非該当</td> </tr> <tr> <td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳番号</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳の有効期限</td> <td colspan="3">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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。）</td> <td colspan="3">名 称 所 在 地 電 話 番 号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">再認定・変更の 場合に記載</td> <td colspan="2">既存の自立支援医療受給者証の有効期限</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">令和 年 月 日</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">病状の変化及び治療方針の変更の有無</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">有・無</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="2">有・無</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="10">上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: right;">年 月 日</td> <td colspan="5" style="text-align: right;">申請者 氏 名</td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">香川県知事 殿</td> </tr> </tbody> </table>	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）										受診者	フリガナ				年 齢			生 年 月 日			住 所				電 話 番 号			年 月 日			個 人 番 号										保 護 者	1	フリガナ				受診者の 続柄			電 話 番 号			住 所								2	フリガナ				受診者の 続柄			電 話 番 号			住 所								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					氏 名					個 人 番 号					受診者と同一保険の加入者										該当する区分		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			精神障害者保健福祉手帳番号					精神障害者保健福祉手帳の有効期限		令和 年 月 日			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。）		名 称 所 在 地 電 話 番 号								再認定・変更の 場合に記載	既存の自立支援医療受給者証の有効期限					令和 年 月 日					病状の変化及び治療方針の変更の有無					有・無					前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無					有・無					上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。										年 月 日					申請者 氏 名					香川県知事 殿									
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）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
受診者	フリガナ				年 齢			生 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	住 所				電 話 番 号			年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	個 人 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
保 護 者	1	フリガナ				受診者の 続柄			電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
		住 所																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	2	フリガナ				受診者の 続柄			電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
		住 所																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
負担額に関する事項	受診者の医療保険各法による記号及び番号					保険者名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	氏 名					個 人 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	受診者と同一保険の加入者																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	該当する区分		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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
精神障害者保健福祉手帳番号					精神障害者保健福祉手帳の有効期限		令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
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。）		名 称 所 在 地 電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
再認定・変更の 場合に記載	既存の自立支援医療受給者証の有効期限					令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	病状の変化及び治療方針の変更の有無					有・無																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無					有・無																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
年 月 日					申請者 氏 名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
香川県知事 殿																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
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）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
受診者	フリガナ				年 齢			生 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	住 所				電 話 番 号			年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	個 人 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
保 護 者	1	フリガナ				受診者の 続柄			電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
		住 所																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
	2	フリガナ				受診者の 続柄			電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
		住 所																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	氏 名					個 人 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	受診者と同一保険の加入者																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	該当する区分		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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
精神障害者保健福祉手帳番号					精神障害者保健福祉手帳の有効期限		令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
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。）		名 称 所 在 地 電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
再認定・変更の 場合に記載	既存の自立支援医療受給者証の有効期限					令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	病状の変化及び治療方針の変更の有無					有・無																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
	前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無					有・無																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
年 月 日					申請者 氏 名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
香川県知事 殿																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<p>注 1 「新規・再認定・変更」の欄は、新規・再認定・変更のいずれかを○で囲んでください。</p> <p>2 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満である場合に記載してください。その場合、「住所」の欄及び「電話番号」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。</p> <p>3 「医療保険各法」とは、健康保険法（大正11年法律第70号）、船員保険法（昭和40年法律第73号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）及び私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）をいいます。</p>	<p>注 1 「新規・再認定・変更」の欄は、新規・再認定・変更のいずれかを○で囲んでください。</p> <p>2 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満である場合に記載してください。その場合、「住所」の欄及び「電話番号」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。</p>																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
(裏) 略	(裏) 略																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

第10号様式（第6条関係）

		市町受付年月日	
自立支援医療（精神通院医療）変更届出書			
受診者	フリガナ	生 年 月 日	
	氏 名	年 月 日	
	住 所		
個 人 番 号	：	：	：
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		
	住 所		
個 人 番 号	：	：	：
自立支援医療費受給者番号			
自立支援医療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)		
	医療保険各法に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)		
	そ の 他		
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考			
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者 氏 名 香川県知事 殿			

注 「医療保険各法」とは、健康保険法（大正11年法律第70号）、船員保険法（昭和40年法律第73号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）及び私立学校教職員共済法（昭和28年法律第245号）をいいます。

第10号様式（第6条関係）

		市町受付年月日	
自立支援医療（精神通院医療）変更届出書			
受診者	フリガナ	生 年 月 日	
	氏 名	年 月 日	
	住 所		
個 人 番 号	：	：	：
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		
	住 所		
個 人 番 号	：	：	：
自立支援医療費受給者番号			
自立支援医療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・受診者と同一の加入者)		
	そ の 他		
変 更 年 月 日		年 月 日	
備 考			
障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者 氏 名 香川県知事 殿			

附 則

- 1 この規則は、令和6年12月2日から施行する。
- 2 改正前の各規則に定める様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。