

香川県報



号外2

平成18年

9月29日(金曜日)

目次

(●印は、県法規集掲載事項) ページ

規則	ページ
●香川県身体障害者社会参加支援施設規則	(障害福祉課) 一
●身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則	() 二
●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	() 二
●知的障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則	() 三七
●香川県身体障害者更生援護施設規則の一部を改正する規則	() 三八
●障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則	() 四六
●児童福祉法施行細則の一部を改正する規則	() 四六
●香川県出先機関事務決裁規則の一部を改正する規則	(人事・行革課) 六〇
●香川県税条例施行規則の一部を改正する規則	(税務課) 六〇

規則

香川県身体障害者社会参加支援施設規則をここに公布する。

平成十八年九月二十九日

香川県知事 真鍋武紀

香川県規則第八十二号

香川県身体障害者社会参加支援施設規則

(趣旨)

第一条 この規則は、香川県身体障害者社会参加支援施設条例（平成十八年香川県条例第六号）第三条第六項及び第四条の規定に基づき、身体障害者社会参加支援施設の管理に關し必要な事項を定めるものとする。

(利用時間)

第二条 香川県視覚障害者福祉センターを利用することができる時間は、午前九時から午後五時までとする。

2 香川県聴覚障害者福祉センターを利用することができる時間は、午前九時から午後五時までとする。ただし、研修室については、日曜日を除き、午前九時から午後九時三十分までとする。

(利用することができない日)

第三条 香川県視覚障害者福祉センターを利用することができない日は、次のとおりとする。

一 土曜日

二 国民の祝日に関する法律（昭和二十三年法律第七十八号）に規定する休日（以下「休日」という。）

三 十二月二十八日から翌年の一月四日まで

2 香川県聴覚障害者福祉センターを利用することができない日は、次のとおりとする。

一 火曜日

二 休日

三 十二月二十八日から翌年の一月四日まで

(指定管理者による管理の基準等)

第四条 香川県身体障害者社会参加支援施設条例第三条第六項の規則で定める管理の基準は、次に掲げるとおりとする。

一 関係する法令、条例及び規則を遵守し、適正に身体障害者社会参加支援施設の運営を行うこと。

二 利用者側に立った質の高いサービスを提供すること。

三 身体障害者社会参加支援施設の維持管理を適切に行うこと。

四 業務に關して取得した個人に關する情報を適切に取り扱うこと。

2 香川県身体障害者社会参加支援施設条例第三条第六項の規則で定める業務は、身体障害者社会参加支援施設の維持管理及び運営に關する業務とする。

3 次の各号に掲げる施設の管理を指定管理者に行わせることとした場合における当該施設に係る当該各号に掲げる規定に規定する事項については、当該規定にかかわらず、当

該指定管理者があらかじめ知事の承認を受けて定めるところによることとする。

- 一 香川県視覚障害者福祉センター 第二条第一項及び前条第一項
- 二 香川県聴覚障害者福祉センター 第二条第二項及び前条第二項

(補則)

第五条 この規則に定めるもののほか、身体障害者社会参加支援施設の管理に關し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規則は、平成十八年十月一日から施行する。

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。

平成十八年九月二十九日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第八十三号

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。

第十二条の二から第十二条の五までを削る。

第十三条の見出しを「(身体障害者生活訓練等事業等開始届出書)」に改め、同条中「身体障害者相談支援事業等開始届出書」を「身体障害者生活訓練等事業等開始届出書」に改める。

第十四条の見出しを「(身体障害者生活訓練等事業等変更届出書)」に改め、同条中「身体障害者相談支援事業等変更届出書」を「身体障害者生活訓練等事業等変更届出書」に改める。

第十五条の見出しを「(身体障害者生活訓練等事業等廃止(休止)届出書)」に改め、同条中「身体障害者相談支援事業等廃止(休止)届出書」を「身体障害者生活訓練等事業等廃止(休止)届出書」に改める。

第十一号様式の二から第十一号様式の五までを削る。

第十二号様式中「身体障害者相談支援事業等開始届出書」を「身体障害者生活訓練等事業等開始届出書」に、「身体障害者相談支援事業等」を「身体障害者生活訓練等事業等」に改める。

第十三号様式中「身体障害者相談支援事業等変更届出書」を「身体障害者生活訓練等事業等変更届出書」に、「身体障害者相談支援事業等」を「身体障害者生活訓練等事業等」に改める。

「や」に改める。

第十三号様式中「身体障害者相談支援事業等変更届出書」を「身体障害者生活訓練等事業等変更届出書」に、「身体障害者相談支援事業等」を「身体障害者生活訓練等事業等」に改める。

第十四号様式中「身体障害者相談支援事業等廃止(休止)届出書」を「身体障害者生活訓練等事業等廃止(休止)届出書」に、「身体障害者相談支援事業等」を「身体障害者生活訓練等事業等」に改め、「又は入所している者」を削る。

附 則

この規則は、平成十八年十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。

平成十八年九月二十九日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第八十四号

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。

第十条中「措置入院者症状消失届」を「措置入院者症状消失届」に改める。

第十六条中「第三十三条第四項」を「第三十三条第七項」に、「医療保護入院(法第三十三条第一項)届」を「医療保護入院者(第三十三条第一項)の入院届」に、「医療保護入院(法第三十三条第二項)届(第十六号様式)」により、同条第四項後段の規定による措置を採つたとき

は特定医師による医療保護入院者(法第三十三条第一項・第四項)の入院届(第十六号様式)の二)又は特定医師による医療保護入院者(第三十三条第二項・第四項)の入院届(第十六号様式の三)に改める。

第十七条中「第三十三条第四項」を「第三十三条第七項」に改める。

第十八条中「医療保護入院者退院届」を「医療保護入院者(法第三十三条第一項)退院届」に改め、同条に次の一項を加える。

2 精神病院の管理者は、法第三十三条第二項の規定により入院した者を退院させたときは、その旨を医療保護入院者（法第三十三条第二項）退院届（第十八号様式の二）により、十日以内に、最寄りの保健所長を経て知事に届け出なければならぬ。

第十九条中「第三十三条の四第二項」を「第三十三条の四第五項」に、「応急入院届（第十九号様式）」を「同条第一項の規定による措置を採つたときは応急入院届（第十九号様式）」により、同条第二項後段の規定による措置を採つたときは、特定医師による応急入院（第三十三条の四第二項）届（第二十号様式）」に改める。

第二十六条中「保健所長」の下に「を経て知事」を加える。

第三十一条を削る。

第五号様式及び第五号様式の二を次のように改める。

受付保健所名	
受付年月日	

診断書（入院措置用）

申請等の形式	I 親族又は一般人申請（第23条） II 警察官通報（第24条） III 検察官通報（第25条） IV 保護観察所の長通報（第25条の2） V 矯正施設の長通報（第26条） VI 精神病院の管理者届出（第26条の2） VII 指定通院医療機関の管理者又は保護観察所の長通報（第26条の3） VIII 保健所長職務診察（第27条第2項）		
申請等の添付資料	I あり II なし		
被診察者	フリガナ		生年月日
	氏名	(男・女)	
	住所		
	職業		
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()	
生活歴及び現病歴	(推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。 (陳述者氏名 続柄)		
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)		
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)		
初回から前回までの入院回数	計 回		
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは今後おそれある問題行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像		
1 殺人	A B	<現在の精神症状>	
2 放火	A B	I 意識	
3 強盗	A B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()	
4 強姦	A B	II 知能	
5 強制わいせつ	A B	1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害	
6 傷害	A B	III 記憶	
7 暴行	A B	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()	
8 恐喝	A B	IV 知覚	
9 脅迫	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()	
10 窃盗	A B	V 思考	
11 器物損壊	A B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止	
12 弄火又は失火	A B	7 強迫観念 8 その他 ()	
13 家宅侵入	A B	VI 感情・情動	
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()	

15 自殺企図	A	B	Ⅶ 意欲
16 自傷	A	B	1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止
17 その他 ()	A	B	6 無為・無関心 7 その他 () Ⅷ 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () Ⅸ 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () <その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () <問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
診 察 時 の 特 記 事 項			
医 学 的 総 合 判 断			I 要措置 II 措置不要 (1 要入院医療 2 要入院外医療 3 医療不要)
以上のとおり診断する。			年 月 日
精神保健指定医氏名 (署名)			

(香川県における記載欄)			
診察に立ち会った者	氏名	(男・女) 続柄及び職業	年齢 歳
(親権者、配偶者等)			
診 察 場 所			
診 察 日 時			
年 月 日 時 分 ~ 時 分			
職 員 職 氏 名			
香 川 県 の 措 置			

(注)

- 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 「診察時の特記事項」の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。

診断書（医療保護入院又は応急入院のための移送用）

移送の対象者	氏名	(男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所			
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()		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)			
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日(入院形態)			
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日(入院形態)			
初回から前回までの入院回数	計 回			
現在の精神症状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()			
	II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害			
	III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()			
	IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()			
	V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()			
	VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()			
	VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()			
	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()			
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()			
	その他の重要な症状	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()		
問題行動等	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()			
現在の状態像	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()			

受付保健所名	
受付年月日	

診察時の特記事項	
緊急性の判定	I 直ちに入院が必要 II 緊急を要しない
本人の同意	I 可能 II 不可能
判定理由	
判定結果	医療保護入院又は応急入院が I 必要 II 不必要
行動制限の要否	I 要 II 否
その他の特記事項	

以上のとおり診断する。

年 月 日

精神保健指定医氏名（署名）

保 護 者 等	氏 名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄		年 月 日生
	住 所				

1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者
4 家庭裁判所が選任した者（選任年月日 年 月 日） 5 その他（ ）

(香川県における記載欄)

診察に立ち会った者 氏名 (男・女) 続柄及び職業 年齢 歳
(親権者、配偶者等)

診 察 場 所

診 察 日 時 年 月 日 時 分 ~ 時 分

職 員 職 氏 名

香 川 県 の 措 置

(注)

- 1 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 2 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 3 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 4 「診察時の特記事項」の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。

第六号様式
中
「香 川 県 知 事
香 川 県 保 健 所 長」
や
「香 川 県 保 健 所 長」

第六号様式
の
中
「第 29 条 の 2 の 2 第 1 項」
や
「第 27 条 第 1 項
第 29 条 の 2 の 2 第 1 項」

置 入 院」
や
「第 27 条 第 1 項 の 診 察
措 置 入 院」

第九号様式を次のように改める。

措置入院者症状消退届

受付保健所名	
受付年月日	

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

㊟

次の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	住所				
保 護 者	フリガナ		続柄	生年月日	年 月 日生
	氏名	(男・女)			
	住所				
	フリガナ		続柄	生年月日	年 月 日生
	氏名	(男・女)			
	住所				
入院措置年月日	年 月 日				
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		
入院後の病状又は状態像の経過の概要 (措置症状消退と関連して記載すること。)					
措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名	(署 名)				
措置解除後の処置に関する意見	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()				
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居、 ii 単身) 2 施設 3 その他 ()				
帰住先の住所					
訪問指導等に関する意見					
障害福祉サービス等の活用に関する意見					
主治医氏名					

(注)

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 氏名の記載で自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第十五号様式及び第十六号様式を次のように改める。

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者（法第33条第1項）の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

㊦

次の者が医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	住所				
保護者の同意により入院した年月日	年 月 日	今回の入院年月日		年 月 日	
		入院形態			
第34条による移送の有無	有 ・ 無				
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()			
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。))	(陳述者氏名 続柄)				
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
初回から前回までの入院回数	計 回				
現在の精神症状	I 意識	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()			
	II 知能	1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害			
	III 記憶	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()			
	IV 知覚	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()			
	V 思考	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()			
	VI 感情・情動	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()			
	VII 意欲	1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()			

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()
	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()
	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()
	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()

医療保護入院の
必 要 性
〔患者自身の病気に対する
理解の程度を含め、任意
入院が行われる状態にな
いと判断した理由につい
て記載すること。〕

入院を必要と認めた
精神保健指定医氏名 (署名)

保 護 者	氏 名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄		年 月 日生
保 護 者	住 所				
1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者 (選任年月日 年 月 日) 5 その他 ()					

審 査 会 意 見	
香 川 県 の 措 置	

- (注)
- 1 []内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はない。
 - 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること(第33条第2項又は特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載すること。)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること(第33条第2項又は第33条第2項・第4項による入院の場合は、入院した年月日も併せて記載すること。)
 - 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
 - 4 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
 - 5 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
 - 6 「保護者の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
 - 7 「保護者の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
 - 8 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。

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者（第33条第2項）の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

㊟

次の者が医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。なお、保護者が選任された場合、改めて同項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
第33条第2項の入院年月日	年 月 日	今回の入院年月日		年 月 日	
		入院形態			
第34条による移送の有無	有 ・ 無				
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()			
医療保護入院の 必 要 性 (患者自身の病気に対する 理解の程度を含め、任意 入院が行われる状態にな いと判断した理由につい て記載すること。 (特定医師の診察により入 院した場合には特定医師の 採った措置の妥当性につ いて記載すること。)					
病状又は状態像の概要					
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	(署 名)				
同 意 者	氏 名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
	住 所				
家庭裁判所への申立年月日 (予定日を含む。)	年 月 日				

(注)

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はない。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること（特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載すること。）。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 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。

第十六号様式の次に次の二様式を加える。

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による医療保護入院者（第33条第1項・第4項）の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

㊤

次の者が特定医師の診察により医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)		
	住 所			
保護者の同意により 入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日	年 月 日	
		入院形態		
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	
	生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科 又は神経科受診歴等を 記載すること。)			
	(陳述者氏名		続柄)	
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
初回から前回までの 入院回数	計 回			
現在の精神症状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()			
	II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害			
	III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()			
	IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()			
	V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()			
	VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()			
	VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()			
	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()			

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()				
医療保護入院の 必要性 〔患者自身の病気に対する 理解の程度を含め、任意 入院が行われる状態にな いと判断した理由につい て記載すること。〕					
入院を必要と認めた 特定医師氏名	(署名)				
確認した 精神保健指定医氏名	(署名)			診察 日時	年 月 日 (午前・午後 時)
精神保健指定医が 入院妥当でないと 判断した場合の理由					
保 護 者	氏 名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄		年 月 日生
	住 所				
	1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者 (選任年月日 年 月 日) 5 その他 ()				

(注)

- 1 〔 〕内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること(第33条第2項又は特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第2項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載すること。)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 「保護者の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 7 「保護者の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 8 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。

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による医療保護入院者（第33条第2項・第4項）の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

㊤

次の者が特定医師の診察により医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。なお、保護者が選任された場合、改めて同項の規定により届け出ます。

入 院 者	フリガナ			生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
第33条第2項・第4項 の 入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)	今 回 の 入 院 年 月 日	年 月 日		
		入 院 形 態			
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		
	生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科 又は神経科受診歴等を 記載すること。)				
	(陳述者氏名		続柄)		
初 回 入 院 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
前 回 入 院 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
初 回 から 前 回 ま だ の 入 院 回 数	計 回				
現 在 の 精 神 症 状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()				
	II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害				
	III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()				
	IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()				
	V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()				
	VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()				
	VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()				
	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()				

その他の重要な症状 問 題 行 動 等 現 在 の 状 態 像	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 ^{はいかい} 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷 ^{こん} 状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁 ^{そう} 状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()			
医療保護入院の 必 要 性 〔患者自身の病気に対する 理解の程度を含め、任意 入院が行われる状態にな いと判断した理由につい て記載すること。〕				
入院を必要と認めた 特 定 医 師 氏 名	(署 名)			
確 認 し た 精 神 保 健 指 定 医 氏 名	(署 名)		診察 日時	年 月 日 (午前・午後 時)
精 神 保 健 指 定 医 が 入 院 妥 当 で な い と 判 断 し た 場 合 の 理 由				
同 意 者	氏 名	(男・女)	続柄	生年月日 年 月 日生
	住 所			
家庭裁判所への申立年月日 (予定日を含む。)	年 月 日			

(注)

- 1 〔 〕内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること(特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条の4第2項入院」と記載すること。)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 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る。

第18号様式 (第18条関係)

医療保護入院者 (法第33条第1項) 退院届

受付保健所名	
受付年月日	

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名 ㊟

次の医療保護入院者 (法第33条第1項) が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
保 護 者	フリガナ		続柄	生年月日	年 月 日 日生
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
	フリガナ		続柄	生年月日	年 月 日 日生
	氏 名	(男・女)			
住 所					
入 院 年 月 日 (医 療 保 護 入 院)	年 月 日				
退 院 年 月 日	年 月 日				
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		
退 院 後 の 処 置	1 入院継続 (任意入院・措置入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()				
退 院 後 の 帰 住 先	1 自宅 (i 家族と同居、 ii 単身) 2 施設 3 その他 ()				
帰 住 先 の 住 所					
訪 問 指 導 等 に 関 す る 意 見					
障 害 福 祉 サ ー ビ ス 等 の 活 用 に 関 す る 意 見					
主 治 医 氏 名					

(注)

- 「入院年月日」の欄は、医療保護入院の年月日 (第33条第2項又は第33条第2項・第4項による入院を経た場合にあつては、その入院年月日) を記載すること。
- 「保護者の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 「保護者の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 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。

第十八号様式の次に次の一様式を加える。

第18号様式の2 (第18条関係)

医療保護入院者 (法第33条第2項) 退院届

受付保健所名	
受付年月日	

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名 ㊟

次の医療保護入院者 (法第33条第2項) が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第18条第2項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏名	(男・女)			
	住所				
同意者	フリガナ		続柄	生年月日	年 月 日生
	氏名	(男・女)			
	住所				
法第33条第2項の規定による入院年月日	年 月 日				
退院年月日	年 月 日				
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()			
退院後の処置	1 入院継続 (任意入院・法第33条第1項の規定による医療保護入院・措置入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()				
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他 ()				
帰住先の住所					
訪問指導等に関する意見					
障害福祉サービス等の活用に関する意見					
主治医氏名					

(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る。

第十九号様式から第二十三号様式までを次のように改める。

第19号様式 (第19条関係)

応 急 入 院 届

受付保健所名	
受付年月日	

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名 ⑩

次の者が応急入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)		
	住 所			
医 療 及 び 保 護 を 依 頼 し た 者	氏 名		入 院 者 との関係	
	住 所			
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)			
第34条による移送の有無	有 ・ 無			
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	
	応急入院の必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。) 病状又は状態像の概要			
応急入院を採った理由	(保護者等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。			
入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	(署 名)			

(注)

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はない。
- 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る。

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による応急入院（第33条の4第2項）届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

㊦

次の者が特定医師の診察により応急入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
医 療 及 び 保 護 を 依 頼 し た 者	氏 名		入 院 者 と の 関 係		
	住 所				
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)				
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()			
生活歴及び現病歴	(推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。 (陳述者氏名 続柄)				
応急入院の必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態がないと判断した理由について記載すること。)					
初 回 入 院 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
前 回 入 院 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
初回から前回までの入院回数	計 回				
現 在 の 精 神 症 状	I 意識	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()			
	II 知能	1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害			
	III 記憶	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()			
	IV 知覚	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()			
	V 思考	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()			

	VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()
	VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()
	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()
その他の重要な症状	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()
問題行動等	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()
現在の状態像	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()

応急入院を採つた理由
 [保護者等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採つた理由について記載すること。]

入院を必要と認めた
 特定医師氏名

(署名)

確認した
 精神保健指定医氏名

(署名)

診察
 日時

年 月 日
 (午前・午後 時)

精神保健指定医が
 入院妥当でないと
 判断した場合の理由

(注)

- 1 []内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 3 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 4 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 5 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21号様式 削除

(号外二)

第22号様式 (第22条関係)

措置入院者の定期病状報告書

受付保健所名	
受付年月日	

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
報告者 病院名
管理者名



精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第1項の規定により報告します。

措置入院者	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)		
	住 所			
入院措置年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	
		入院形態		
前回の定期報告年月日	年 月 日			
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	
	生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。)			
	(陳述者氏名 続柄)			
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
初回から前回までの入院回数	計 回			
過去6箇月間(措置入院後3箇月の場合は過去3箇月間)の仮退院の実績	計 回 延日数 日			
過去6箇月間(措置入院後3箇月の場合は過去3箇月間)の病状又は状態像の経過の概要 (問題行動を中心として記載すること。)				
過去6箇月間(措置入院後3箇月の場合は過去3箇月間)の治療の内容及びその結果				
今後の治療方針(再発防止への対応含む。)				
処遇、看護及び指導の現状	隔 離	i 多用 ii 時々 iii ほとんど不要		
	注 意 必 要 度	i 常に嚴重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要		
	日常生活の介助指導必要性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他 ()		
重大な問題行動(Aはこれまでの、Bは今後おそれある行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像			
1 殺人	A B	<現在の精神症状>		
2 放火	A B	I 意識		
3 強盗	A B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()		
4 強姦	A B	II 知能		
5 強制わいせつ	A B	1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害		

6 傷害	A B	Ⅲ 記憶
7 暴行	A B	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()
8 恐喝	A B	Ⅳ 知覚
9 脅迫	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()
10 窃盗	A B	Ⅴ 思考
11 器物損壊	A B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止
12 弄火又は失火	A B	7 強迫観念 8 その他 ()
13 家宅侵入	A B	Ⅵ 感情・情動
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()
15 自殺企図	A B	Ⅶ 意欲
16 自傷	A B	1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止
17 その他 ()	A B	6 無為・無関心 7 その他 () Ⅷ 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () Ⅸ 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () <その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () <問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()

診 察 時 の 特 記 事 項

本報告に係る診察年月日 年 月 日

診察した精神保健指定医氏名 (署 名)

保 護 者	氏 名	(男・女)	続柄	生年 月 日	年 月 日生
		(男・女)	続柄		年 月 日生
	住 所				
1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者 (選任年月日 年 月 日) 5 その他 ()					

審 査 会 意 見	
香 川 県 の 措 置	

(注)

- 1 [] 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること(第33条第2項又は特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載すること。)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 「生活歴及び現病歴」の欄は、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。

- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「診察時の特記事項」の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 8 「保護者の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 9 「保護者の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 10 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。
- 11 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。

医療保護入院者の定期病状報告書

受付保健所名	
受付年月日	

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
 報告者 病院名
 管理者名 ㊟

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第2項において準用する同条第1項の規定により報告します。

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
医療保護入院年月日 (第33条第1項による入院)	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日		
		入院形態			
前回の定期報告年月日	年 月 日				
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()			
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)				
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
初回から前回までの入院回数	計 回				
過去12箇月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 (i 月単位、 ii 数箇月単位、 iii その他 ()) 3 なし				
過去12箇月間の病状又は状態像の経過の概要 (問題行動を中心として記載すること。)					
過去12箇月間の治療の内容及びその結果並びに通院又は任意入院に変更できなかった理由					
症 状 の 経 過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向				
今後の治療方針 (患者本人の病識や治療への意欲を得るための取り組みについて)					

現在の精神症状 その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害 III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 () IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()				
診察時の特記事項 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、医療保護入院を継続させることの必要性についても記載すること。					
本報告に係る診察年月日	年 月 日				
診断した精神保健指定医氏名	(署名)				
保 護 者	氏 名	(男・女)	続柄	生年 月 日	年 月 日生
	住 所	(男・女)	続柄	月 日	年 月 日生
	1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者 (選任年月日 年 月 日) 5 その他 ()				
審 査 会 意 見					
香 川 県 の 措 置					

(注)

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること（第33条第2項又は特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載すること。）。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること（第33条第2項又は第33条第2項・第4項による入院の場合は、入院した年月日も併せて記載すること。）。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 「保護者の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 7 「保護者の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 8 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。

第二十九号様式中「香川県 保健所長殿」や「香川県知事 殿」は「精神障害者又はその疑いのある者」や「医療保護入院者」に

「氏名」欄に続柄を記入する

「氏名」欄に生年 月 日生 続柄を記入する。

第三十号様式を次のように改める。

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 ⑩

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 日生
	住 所	電 話 ()				
保 護 者 の 連 絡 先	氏 名		続柄		住所	電 話 ()
添 付 書 類 (○ 印)	・写真（縦4 cm×横3 cm） ・医師の診断書（手帳用） ・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、同意書 ・特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）の写し、同意書 ・精神障害者保健福祉手帳の写し（ 級）					
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	⑩	本人との 関係		住所	電 話 ()

(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、「写真（申請前1年以内のものであつて、脱帽し、上半身を撮影した縦4 cm×横3 cmのもの）」及び「医師の診断書」、「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」又は「特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）の写し」を添付すること。
- 2 障害年金の年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しを添付して申請する場合は、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。
- 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。

第三十一号様式中

<p>Ⅶ 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）</p>
<p>Ⅲ 備考（審査の参考となる事項を記載すること。）</p>

を

<p>Ⅵ 現在の障害福祉サービス等の利用状況</p>
<p>Ⅳ 医師の略歴（高頻治療継続者（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すること。）</p>
<p>Ⅴ 備考（審査の参考となる事項を記載すること。）</p>

に

改める。

第三十五号様式から第三十七号様式までを削る。

附則

（施行期日）

1 この規則は、平成十八年十月一日から施行する。

（経過措置）

2 障害者自立支援法（平成十七年法律第百二十三号）附則第四十八条の規定によりなお従前の例により運営をすることができることとされた精神障害者社会復帰施設については、改正前の第三十一条第二項及び第三項並びに第三十六号様式及び第三十七号様式は平成十八年十月一日から同法附則第一条第三号に掲げる日の前日までの間は、なおその効力を有する。

（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）

3 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項イ中「第八条」の下に、「第十八条第二項」を加える。

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。

平成十八年九月二十九日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第八十五号

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。

第四条から第十条までを削り、第十一条を第四条とする。

第三号様式から第九号様式までを削る。

附則

この規則は、平成十八年十月一日から施行する。

香川県身体障害者更生援護施設規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成十八年九月二十九日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第八十六号

香川県身体障害者更生援護施設規則の一部を改正する規則

香川県身体障害者更生援護施設規則（平成十七年香川県規則第八十一号）の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

香川県身体障害者療護施設たまも園規則

第一条中「香川県身体障害者更生援護施設条例」を「香川県身体障害者療護施設たまも園条例」に、「第五条第六項」を「第五条第五項」に、「身体障害者更生援護施設の」を

「香川県身体障害者療護施設たまも園(以下「たまも園」という。)の」に改める。
第三条及び第四条を削る。

第五条第一項中「香川県身体障害者更生援護施設条例第五条第六項」を「香川県身体障害者療護施設たまも園条例第五条第五項」に改め、同項第一号及び第三号中「身体障害者更生援護施設」を「たまも園」に改め、同条第二項を次のように改める。

2 香川県身体障害者療護施設たまも園条例第五条第五項の規則で定める業務は、たまも園の維持管理及び利用料金の收受に関する業務その他の運営に関する業務とする。

第五条第三項を削り、同条を第二条とする。

第六条中「身体障害者更生援護施設」を「たまも園」に改め、同条を第四条とする。

附 則

この規則は、平成十八年十月一日から施行する。

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成十八年九月二十九日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第八十七号

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則

障害者自立支援法施行細則(平成十八年香川県規則第四十二号)の一部を次のように改正する。

第二条の見出しを「(指定障害福祉サービス事業者等の指定の申請)」に改め、同条中「の申請は、指定障害福祉サービス事業者指定申請書」を「(法第四十条において準用する場合を含む。)及び第三十八条第一項の申請は、指定障害福祉サービス事業者等指定申請書」に改め、同条の次に次の一条を加える。

(指定障害福祉サービス事業者等の指定の変更の申請)

第二条の二 法第三十七条第一項又は第三十九条第一項の申請は、指定障害福祉サービス事業者等指定変更申請書(第一号様式の二)により行うものとする。

第三条の見出しを「(指定障害福祉サービス事業者等の変更の届出等)」に改め、同条中「第四十六条第一項」を「第四十六条」に、「指定障害福祉サービス事業者変更届出書」を「指定障害福祉サービス事業者等変更届出書」に、「指定障害福祉サービス事業者廃止

(休止、再開)届出書」を「指定障害福祉サービス事業者等廃止(休止、再開)届出書」に改め、同条の次に次の一条を加える。

(指定障害者支援施設の指定の辞退の届出)

第三条の二 法第四十七条の規定による指定の辞退は、指定障害者支援施設指定辞退申請書(第三号様式の二)により行うものとする。

第一号様式を次のように改める。

第1号様式(第2条関係)

受付番号

指定障害福祉サービス事業者等指定申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 主たる事業所の所在地

名称

代表者の氏名 ㊟

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(第38条第1項の規定による指定障害者支援施設、第40条において準用する第36条第1項の規定による指定相談支援事業者)の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

事業所(施設)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・施設	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
	指定サービス事業所						
	指定支援障害施設						
	指定相談支援事業所						
	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(施設)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、該当する欄には○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。

第一号様式の次に次の様式を加える。

第1号様式の2 (第2条の2関係)

受付番号

指定障害福祉サービス事業者等指定変更申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 主たる事業所の所在地
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者(指定障害者支援施設)の指定の変更をしたいので、障害者自立支援法第37条第1項(第39条第1項)の規定により申請します。

事業所(施設)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	(〒 —)					
変 更 指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 ・ 施 設	フリガナ						
	名称						
	所在地	(〒 —)					
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	変更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
	指定サービス事業所						
	指定障害福祉施設						
	指定障害者施設						
	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(施設)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、該当する欄には○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。

第三号様式中「指定障害福祉サービス事業者変更届出書」や「指定障害福祉サービス事業者変更届出書」及び「の指定」や「(指定障害者支援施設、指定相談支援)」及び「の規定」や「(第2項)の規定」に於ける。

第三号様式中「指定障害福祉サービス事業者廃止(休止、再開)届出書」や「指定障害福祉サービス事業者等廃止(休止、再開)届出書」及び「を廃止」や「(指定相談支援事業)を廃止」及び「を受けて」や「(指定相談支援)を受けて」に於ける同様の次に次の様式を加える。

第十五号様式中「印」を「印」に改め、同様式注を次のように改める。

注1 指定を辞退する日の1月前までに申し出て下さい。

2 氏名の記載を自署で行う場合は、印を省略することができます。

第十七号様式を次のように改める。

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

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を開始したので、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。

事業の種類 〔障害福祉サービス事業を行おうとする者にとっては、障害福祉サービスの種類を含む。〕	
事業の内容	
経営者の氏名 〔法人にあっては、名称〕	
経営者の住所 〔法人にあっては、主たる事務所の所在地〕	

職員の職	職員の数	職務の内容
	人	
	人	
	人	
合 計	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及び市町の委託を受けて事業を行おうとする者にとっては、当該市町の名称		
障害福祉サービス事業、地域活動支援センターを運営する事業又は福祉ホームを運営する事業の用に供する施設	名 称	
	種 類 〔短期入所に限る。〕	
	所 在 地	
	利 用 定 員	
事業開始の予定年月日	年 月 日	

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。

附 則

この規則は、平成十八年十月一日から施行する。

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。

平成十八年九月二十九日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第八十八号

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。

第六条第一項及び第三項中「第二十一条の九第二項」を「第二十条第二項」に改める。

第六条の二第一項中「第二十一条の九の六」を「第二十条の五」に改める。

第七条の次に次の六条を加える。

（障害児施設給付費の支給の申請）

第七条の二 法第二十四条の三第一項の規定による申請は、障害児施設給付費支給申請書兼利用者負担額減免等申請書（第十号様式の二）に世帯状況・収入・資産等申告書（第十号様式の三）を添えてしなければならない。

（障害児施設受給者証）

第七条の三 法第二十四条の三第六項の施設受給者証は、障害児施設受給者証（第十号様式の四）及び障害児施設医療受給者証（第十号様式の五）によるものとする。

2 施設給付決定保護者は、前項の施設受給者証の記載事項に変更があったときは、受給者証記載事項変更届出書（第十号様式の六）により届け出なければならない。

3 省令第二十五条の七第九項の施設受給者証の再交付の申請は、受給者証再交付申請書（第十号様式の七）によりしなければならない。

（高額障害児施設給付費の申請）

第七条の四 施設給付決定保護者は、法第二十四条の六第一項の規定による高額障害児施設給付費の支給を受けようとするときは、高額障害児施設給付費支給申請書（第十号様式の八）により申請しなければならない。

（指定知的障害児施設等の指定の申請）

第七条の五 法第二十四条の九第一項の申請は、指定知的障害児施設等指定申請書（第十

号様式の九）によりしなければならない。

（指定知的障害児施設等の変更の届出）

第七条の六 法第二十四条の十三の規定による届出は、指定知的障害児施設等変更届出書（第十号様式の十）によりしなければならない。

（指定知的障害児施設等の指定辞退の申出）

第七条の七 法第二十四条の十四の規定による指定の辞退は、指定知的障害児施設等指定辞退申出書（第十号様式の十一）により、知事に提出しなければならない。

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

第十号様式の次に次の十様式を加える。

第10号様式の2 (第7条の2関係)

(表)

障害児施設給付費支給申請書兼利用者負担額減免等申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 居住地
氏 名 ⑩
生年月日 年 月 日
連絡先 ()

次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給申請に係る 児童氏名		続柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号	
		精神障害者保健 福祉手帳番号	

サービス利用の状況	障害福祉サービス (居宅サービス)	利用中のサービスの種類と内容等		
	障害児施設支援 (施設サービス)	利用中の施設名等		
申請するサービスの種類等	障害児施設給付費の種類	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容		
		<input type="checkbox"/> 指定知的障害児施設	<input type="checkbox"/> 指定第1種自閉症児施設	<input type="checkbox"/> 指定第2種自閉症児施設
		<input type="checkbox"/> 指定知的障害児通園施設	<input type="checkbox"/> 指定盲児施設	<input type="checkbox"/> 指定ろうあ児施設
		<input type="checkbox"/> 指定難聴幼児通園施設	<input type="checkbox"/> 指定肢体不自由児施設 (入所・通所)	<input type="checkbox"/> 指定肢体不自由児療護施設
	<input type="checkbox"/> 指定肢体不自由児通園施設	<input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設	<input type="checkbox"/> 指定医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児)	
	具体的内容			

(裏)

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 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	
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 次のいずれにも当てはまるため、個別減免を申請します。 1 施設入所者 (医療型施設入所者又は20歳以上の福祉型施設入所者に限る。) 2 市町村民税非課税世帯の者 3 一定の資産を有していないこと (20歳未満の医療型施設入所者は除く。) ア 預貯金等の額が350万円以下であること。 イ 不動産を所有していないこと (親族等が現に居住する不動産を除く。)。	
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定 (医療型施設は除く。) 次に当てはまるため、特定入所者食費等給付費を申請します。	
	<施設を利用する方が20歳以上の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であって、市町村民税非課税世帯の者であること。 (年齢 歳)	<施設を利用する方が20歳未満の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であること。(年齢 歳)
	<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。	

(注) 事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

障害児施設医療費の支給を希望する場合は、施設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		申 請 者 との関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号 ()		

第10号様式の3 (第7条の2関係)

(表)

世帯状況・収入・資産等申告書

年 月 日

香川県知事 殿

申告者 居住地
氏 名 ⑩

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ

	氏 名	生 年 月 日	本人との関係
申 請 者			
世 帯 主			
世 帯 員			

※社会福祉法人軽減を申請する場合
生計中心者居住地
〃 氏名

2 申請者の収入の状況について

個別減免、補足給付又は社会福祉法人軽減を申請する場合は、全て記入すること。
上記以外の場合は、①、②、③のみ記入すること。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円 ①
--------	-----

(2) 収入等の状況

収入 (A) (年収)

区分	種 類	収 入 額
稼 得 等 収 入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等) (②)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当) (③)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入 ()	円
そ の 他 収 入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入 ()	円

必要経費 (B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(裏)

3 申請者の資産等について（施設を利用する方が20歳以上で個別減免を申請する場合及び社会福祉法人軽減を申請する場合に記入すること。）

種 類	有 無	内 容	
申請者名義の預貯金等	有・無		
申請者名義の不動産等	有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための 居住用不動産に該当
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための 居住用不動産に該当
その他の資産	有・無		

4 生計中心者の状況について（社会福祉法人軽減を申請する場合に記入すること。）

(1) 収入（年収）

種 類	収 入 額
	円
	円
	円
計	円

(2) 資産等

種 類	有 無	内 容	
生計中心者名義の 預貯金等	有・無		
生計中心者名義の 不動産等	有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための 居住用不動産に該当
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための 居住用不動産に該当
その他の資産	有・無		

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

(注)

- 1 収入のうち証明書等があるものは、この申告書に必ず添付すること。
- 2 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付すること。
- 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。

(一)

障害児施設受給者証	
受給者証番号	
居住地	
施設給付決定保護者	
フリガナ氏名	年 月 日
生年月日	年 月 日
フリガナ氏名	
障害児	
生年月日	年 月 日
交付年月日	年 月 日
支給決定者名	香 川 県 団 問い合わせ先 香川県障害福祉相談所

(二)

施設給付決定の内容	
施設支援の種類及び内容	
給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
特定入所障害児食費等給付費の支給内容	
支給額	円
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
利用者負担に関する事項	
利用者負担割合(原則)	1割 負担上限月額 円
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
社会福祉法人等による軽減措置の適用	
軽減適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
特記事項	

(三)

指定知的障害児施設等の記入欄		
指定知的障害児施設等の名称	入所日・退所日	施設確認印
	入所日 年 月 日 退所日 年 月 日	
	入所日 年 月 日 退所日 年 月 日	
	入所日 年 月 日 退所日 年 月 日	
(予備欄)		

(表)

<p style="text-align: center;">(四)</p> <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。 2 指定施設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。 3 指定施設支援を受けるときに支払う金額は、指定施設支援に要した費用（食費、光熱水費等を除く。）の1割です。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一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。） 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一日当たりの上限として支給します。 4 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、毎年施設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。 5 給付決定期間を経過したときは、障害児施設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、障害児施設給付費の支給の再申請をしてください。 6 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 style="text-align: center;">(五)</p> <p style="text-align: center;">注意事項欄</p> <p>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ご連絡、ご相談ください。 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場合があります。 11 施設給付決定の内容欄に記載されていない指定施設支援については、障害児施設給付費の支給は受けられません。</p>	
---	--	--

第10号様式の5 (第7条の3関係)

(表)

障害児施設医療受給者証			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
施設給付決定保護者	フリガナ	生年月日	年 月 日
居住地	フリガナ	生年月日	年 月 日
氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
障害児	氏名	生年月日	年 月 日
被保険者証の 記号及び番号			
保険者番号			
負担上限月額	障害児施設医療 (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

- この証は、各面をよく読んで大切に持っていただく。
- 障害児施設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。
- 障害児施設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一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。)
- 障害児施設医療の負担上限月額は毎年施設給付決定保護者等の収入等に応じて決定しますの時期に、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。
- 給付決定期間を経過したときは、障害児施設医療費の支給を受けられませんが、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、障害児施設給付費の支給の再申請をしてください。
- 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。
- 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ご連絡、ご相談ください。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。
- 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。
- 受給者の資格がなくなつたときは、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。
- 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場合があります。

第10号様式の6 (第7条の3関係)

受給者証記載事項変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 居住地

氏 名

印

生年月日

年 月 日

連絡先

()

次のとおり受給者証の記載事項に変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		続 柄	
支給決定に係る 児 童 氏 名		生年月日	年 月 日

変 更 事 項		
変 更 内 容	変 更 前	
	変 更 後	

(注)

- 1 変更した内容を証する書類を添付すること。
- 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。

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

第10号様式の7（第7条の3関係）

受給者証再交付申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 居住地
氏 名 ⑩
生年月日 年 月 日
連絡先 ()

次のとおり受給者証の再交付を申請します。

フリガナ		続 柄	
支給決定に係る児童氏名		生年月日	年 月 日
支援の内容		受給者証番号	

申請の理由	
-------	--

(注)

- 1 従前使用していた受給者証を添付すること（紛失の場合を除く。）。
- 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。

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		申請者との関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号 ()		

高額障害児施設給付費支給申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 居住地
氏名 (印)
生年月日 年 月 日
連絡先 ()

次のとおり高額障害児施設給付費の支給を申請します。

フリガナ											①障害者自立支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法								
支給決定に係る 児童氏名											制 度	受給者証番号又は被保険者証番号							
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																			
同一世帯に属する他の 支給決定障害者等	氏 名					生 年 月 日					①障害者自立支援法 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							

(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。
- 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。

高額障害児施設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 3 その他									
	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					申請者との関係	
氏 名						
住 所	〒				電話番号	()

第10号様式の9 (第7条の5関係)

※受付番号

指定知的障害児施設等指定申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者氏名 ⑩

児童福祉法第24条の9第1項による指定知的障害児施設等の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

※施設所在地市町番号

申請者	フリガナ	<input type="text"/>		
	名称	<input type="text"/>		
	主たる事務所の所在地	〒 <input type="text"/>		
	法人である場合その種別	<input type="text"/>	法人所轄庁	<input type="text"/>
	連絡先	電話番号	<input type="text"/>	FAX番号 <input type="text"/>
	代表者の職・氏名	職名	フリガナ	氏名
	代表者の住所	〒 <input type="text"/>		
指定を受けようとする施設	フリガナ	<input type="text"/>		
	名称	<input type="text"/>		
	施設の所在地	〒 <input type="text"/>		
	施設の種類	申請に係る事業の開始年月日		様式
	同一施設内において行う事業等の種類	事業所番号		
	備考	<input type="text"/>		

(注)

- ※印の欄は、記入しないこと。
- 「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入すること。
- 「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入すること。
- 「同一施設内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入すること。
- 「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入すること。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入すること。
- 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。

指定知的障害児施設等変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 主たる事務所の所在地
名称
代表者氏名

印

次のとおり指定知的障害児施設等の指定を受けた内容を変更したので、児童福祉法第24条の13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施設	名称		
	所在地		
	施設の種別		
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すること。
- 2 変更の日から10日以内に届け出ること。
- 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10号様式の11（第7条の7関係）

指定知的障害児施設等指定辞退申出書

年 月 日

香川県知事 殿

申出者 主たる事務所
の所在地
名 称
代表者氏名 ⑩

指定知的障害児施設等の指定を辞退したいので、児童福祉法第24条の14の規定により申し出ます。

指定を辞退する施設		事業所番号
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		
現に指定施設支援を受けている児童に対する措置		

(注)

- 1 指定を辞退する日の3月前までに申し出ること。
- 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。

第十九号様式の二中「障害児相談支援事業等開始届出書」を「児童自立生活援助事業開始届出書」に、「障害児相談支援事業等」を「児童自立生活援助事業」に改め、「児童自立生活援助事業を行う者」とする者については、当該を施す。
 第十九号様式の三中「障害児相談支援事業等変更届出書」を「児童自立生活援助事業変更届出書」に、「障害児相談支援事業等」を「児童自立生活援助事業の」に改め、第十九号様式の四中「障害児相談支援事業等廃止（休止）届出書」を「児童自立生活援助事業廃止（休止）届出書」に、「障害児相談支援事業等」を「児童自立生活援助事業」に改める。

附 則

この規則は、平成十八年十月一日から施行する。

香川県出先機関事務決裁規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成十八年九月二十九日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第八十九号

香川県出先機関事務決裁規則の一部を改正する規則

香川県出先機関事務決裁規則（昭和四十四年香川県規則第五号）の一部を次のように改正する。

別表四の十二の表中四の項を五の項とし、三の項を四の項とし、二の項の次に次のように加える。

三 児童福祉 法関係事務 法：児童福祉法		1 施設給付決定保護者又は指定知的障害児施設等に 対し、障害児施設給付費を支給し、又は支払うこと。 (法二十四条の二第二項、二十四条の三第八項、六 十三条の三の二)			○
		2 障害児施設給付費の支給の要否を決定すること。 (法二十四条の三第二項)			○
		3 施設給付決定保護者に対し、施設受給者証を交付 すること。(法二十四条の三第六項)			○

4 施設給付決定を取り消すこと。(法二十四条の四
第一項)

5 災害その他の事情により、障害児施設支援に要す
る費用を負担することが困難な場合、障害児施設給
付費に関する支給割合を変更すること。(法二十四
条の五)

6 施設給付決定保護者に対し、高額障害児施設給付
費を支給すること。(法二十四条の六第一項、六十
三条の三の二)

7 施設給付決定保護者又は指定知的障害児施設等に
対し、特定入所障害児食費等給付費を支給し、又は
支払うこと。(法二十四条の七、六十三条の三の二)

8 施設給付決定保護者又は指定知的障害児施設等に
対し、障害児施設医療費を支給し、又は支払うこと。
(法二十四条の二十第一項・四項、六十三条の三の
二)

別表四の十三の表一の項第一号中「三十三条四項」を「三十三条七項」に改める。

附 則

この規則は、平成十八年十月一日から施行する。

香川県税条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成十八年九月二十九日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第八十九号の二

香川県税条例施行規則の一部を改正する規則

香川県税条例施行規則（昭和二十九年香川県規則第十六号）の一部を次のように改正する。
 第三十六条の四第二号中「（通院医療費受給者番号が記載されている）」を「及び障害者

自立支援法（平成十七年法律第二百二十三号）第五十四条第三項の規定により交付された自立支援医療受給者証（精神通院医療に係る）に、「以下「精神障害者保健福祉手帳」を」（以下「精神障害者保健福祉手帳等」）に改める。
第四十条の三第二号中「精神障害者保健福祉手帳」を「精神障害者保健福祉手帳等」に改める。

附 則

この規則は、平成十八年十月一日から施行する。

平成十八年九月二十九日印刷発行

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72%再生紙を使用しています