

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25年3月22日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第11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
<p><u>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</u></p> <p>（趣旨）</p> <p>第1条 この規則は、<u>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</u>（平成17年法律第123号。以下「法」という。）の施行について、<u>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</u>（平成18年政令第10号。以下「政令」という。）及び<u>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規則</u>（平成18年厚生労働省令第19号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。</p> <p>（自立支援医療費支給認定の申請）</p> <p>第4条 法第53条第1項の申請（<u>精神通院医療に係るものに限る。</u>）は、<u>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）（第4号様式）</u>により行うものとする。</p> <p>2 省令第35条第2項第1号の<u>診断書は、自立支援医療（精神通院医療）診断書（第6号様式）</u>によるものとする。</p> <p>（自立支援医療費支給認定の変更の申請）</p> <p>第5条 法第56条第1項の申請（<u>精神通院医療に係るものに限る。</u>）は、指定自立支援医療機関に係る場合は<u>自立支援医療費（精神通院医療）支給認定変更申請書（第9号様式）</u>により、<u>その他の事項</u>に係る場合は前条第1</p>	<p><u>障害者自立支援法施行細則</u></p> <p>（趣旨）</p> <p>第1条 この規則は、<u>障害者自立支援法</u>（平成17年法律第123号。以下「法」という。）の施行について、<u>障害者自立支援法施行令</u>（平成18年政令第10号。以下「政令」という。）及び<u>障害者自立支援法施行規則</u>（平成18年厚生労働省令第19号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。</p> <p>（自立支援医療費支給認定の申請）</p> <p>第4条 法第53条第1項の申請は、<u>育成医療に係るものにあつては自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（第4号様式）</u>により、<u>精神通院医療に係るものにあつては自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（第4号様式の2）</u>により、<u>それぞれ行うものとする。</u></p> <p>2 省令第35条第2項第1号の<u>意見書は自立支援医療（育成医療）意見書（第5号様式）</u>により、<u>同号の診断書は自立支援医療（精神通院医療）診断書（第6号様式）</u>によるものとする。</p> <p>（自立支援医療費支給認定の変更の申請）</p> <p>第5条 法第56条第1項の申請は、指定自立支援医療機関に係る場合は<u>自立支援医療費支給認定変更申請書（第9号様式）</u>により、<u>負担上限月額及び負担上限月額に関する事項又は医療の具体的方針</u>に係る場合は前条第1項</p>

項の申請書に必要な書類を添付し、それぞれ行うものとする。

(自立支援医療費支給認定申請内容の変更の届出)

第6条 政令第32条第1項の規定による届出(精神通院医療に係るものに限る。)は、自立支援医療(精神通院医療)変更届出書(第10号様式)により行うものとする。

(自立支援医療受給者証の再交付の申請)

第7条 政令第33条第1項の申請(精神通院医療に係るものに限る。)は、自立支援医療受給者証(精神通院医療)再交付申請書(第11号様式)により行うものとする。

第1号様式(第2条関係)

受付番号

指定障害福祉サービス事業者等指定申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名

Ⓢ

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51条の19第1項の規定による指定一般相談支援事業者)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

略

略

の申請書に必要な書類を添付し、それぞれ行うものとする。

(自立支援医療費支給認定申請内容の変更の届出)

第6条 政令第32条第1項の規定による届出は、自立支援医療変更届出書(第10号様式)により行うものとする。

(自立支援医療受給者証の再交付の申請)

第7条 政令第33条第1項の申請は、自立支援医療受給者証再交付申請書(第11号様式)により行うものとする。

第1号様式(第2条関係)

受付番号

指定障害福祉サービス事業者等指定申請書

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51条の19第1項の規定による指定一般相談支援事業者)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

略

略

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 主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名

㊤

次のとおり指定障害福祉サービス事業者（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

略

略

第2号様式 (第3条関係)

指定障害福祉サービス事業者等変更届出書

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、指定一般相談支援事業者）の指定を受けた当該指定の内容を変更したので、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第46条第1項（第46条第3項、第51条の25第1項）の規定により届け出ます。

事業所番号

略

略

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 主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名

㊤

次のとおり指定障害福祉サービス事業者（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

略

略

第2号様式 (第3条関係)

指定障害福祉サービス事業者等変更届出書

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、指定一般相談支援事業者）の指定を受けた当該指定の内容を変更したので、障害者自立支援法第46条第1項（第46条第3項、第51条の25第1項）の規定により届け出ます。

事業所番号

略

略

第3号様式（第3条関係）

指定障害福祉サービス事業者等廃止（休止、再開）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
代表者の氏名 ㊟

次のとおり指定障害福祉サービス事業（指定地域相談支援事業）を廃止する（休止する、再開した）ので、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第46条第1項（第46条第2項、第51条の25第1項、第51条の25第2項）の規定により届け出ます。

事業所番号

略

略

第3号様式の2（第3条の2関係）

指定障害者支援施設指定辞退申出書

年 月 日

香川県知事 殿

申出者 主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名 ㊟

次のとおり指定障害者支援施設の指定を辞退したいので、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第47条の規定により申し出ます。

事業所番号

略

略

第3号様式（第3条関係）

指定障害福祉サービス事業者等廃止（休止、再開）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
代表者の氏名 ㊟

次のとおり指定障害福祉サービス事業（指定地域相談支援事業）を廃止する（休止する、再開した）ので、障害者自立支援法第46条第1項（第46条第2項、第51条の25第1項、第51条の25第2項）の規定により届け出ます。

事業所番号

略

略

第3号様式の2（第3条の2関係）

指定障害者支援施設指定辞退申出書

年 月 日

香川県知事 殿

申出者 主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名 ㊟

次のとおり指定障害者支援施設の指定を辞退したいので、障害者自立支援法第47条の規定により申し出ます。

事業所番号

略

略

第3号様式の3（第3条の3関係）

受付番号

指定障害福祉サービス事業者等業務管理体制届出書

香川県知事 殿

年 月 日

届出者 主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名

次のとおり業務管理体制の整備に関する事項について、関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号									
1	届出の内容								
	(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第51条の2第2項、第51条の31第2項関係（整備）								
	(2) 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第51条の2第4項、第51条の31第4項関係（区分の変更）								
	フリガナ 名称又は氏名								
	住所 (主たる事務所の所在地) 郵便番号 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)								
	連絡先 電話番号 FAX番号								
	法人の種類								
	代表者の職名・氏名・生年月日 職名 フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日								
	代表者の住所 郵便番号 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)								
	3 事業所名称等及び所在地 事業所名称 指定年月日 事業所番号 所在地 計 か所								
4	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上の該当する条文（事業者の区分）								
	(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第51条の2（指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者） (2) 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第51条の31（指定相談支援事業者）								
5	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規則第34条の28及び第34条の62第1項第2号から第4号に基づく届出事項								
	第2号		法令遵守責任者の氏名（フリガナ）				生年月日		
	第3号		業務が法令に適合することを確保するための規程の概要						
	第4号		業務執行の状況の監査の方法の概要						
6	区分変更前行政機関名称、担当部（局）課								
	事業者（法人）番号								
	区分変更の理由								
	区分変更後行政機関名称、担当部（局）課								
区分変更日 年 月 日									

第3号様式の3（第3条の3関係）

受付番号

指定障害福祉サービス事業者等業務管理体制届出書

香川県知事 殿

平成 年 月 日

届出者 主たる事務所の所在地
名称
代表者の氏名

次のとおり業務管理体制の整備に関する事項について、関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号									
1	届出の内容								
	(1) 障害者自立支援法第51条の2第2項、第51条の31第2項関係（整備）								
	(2) 障害者自立支援法第51条の2第4項、第51条の31第4項関係（区分の変更）								
	フリガナ 名称又は氏名								
	住所 (主たる事務所の所在地) 郵便番号 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)								
	連絡先 電話番号 FAX番号								
	法人の種類								
	代表者の職名・氏名・生年月日 職名 フリガナ 氏名 生年月日 年 月 日								
	代表者の住所 郵便番号 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)								
	3	事業所名称等及び所在地 事業所名称 指定年月日 事業所番号 所在地 計 か所							
4 障害者自立支援法上の該当する条文（事業者の区分）									
5	障害者自立支援法施行規則第34条の28及び第34条の62第1項第2号から第4号に基づく届出事項								
	第2号		法令遵守責任者の氏名（フリガナ）				生年月日		
	第3号		業務が法令に適合することを確保するための規程の概要						
	第4号		業務執行の状況の監査の方法の概要						
6	区分変更前行政機関名称、担当部（局）課								
	事業者（法人）番号								
	区分変更の理由								
	区分変更後行政機関名称、担当部（局）課								
区分変更日 年 月 日									

第3号様式の4（第3条の3関係）

受付番号

指定障害福祉サービス事業者等業務管理体制届出事項変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 主たる事務所の所在地
名 称
代表者の氏名

㊦

次のとおり業務管理体制の届出事項を変更したので、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第51条の2第3項（第51条の31第3項）の規定により関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号

略

略

第3号様式の4（第3条の3関係）

受付番号

指定障害福祉サービス事業者等業務管理体制届出事項変更届出書

平成 年 月 日

香川県知事 殿

届出者 主たる事務所の所在地
名 称
代表者の氏名

㊦

次のとおり業務管理体制の届出事項を変更したので、障害者自立支援法第51条の2第3項（第51条の31第3項）の規定により関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号

略

略

第4号様式(第4条、第5条関係)

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)								
受診者	フリガナ氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年月日
	住所					電話番号		
保護者	フリガナ氏名					受診者の続柄		
	住所					電話番号		
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号				保険者名			
	受診者と同一保険の加入者							
	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者(重度かつ継続)	該当・非該当				
身体障害者手帳番号								
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・指定訪問看護事業者等を含む。)	名称				所在地			
	電話番号							
補装具の要否 要・否								
既存の自立支援医療受給者証(再認定・変更の場合に記載)	自立支援医療費受給者番号							
	有効期限	年月日						
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者 氏名 ⑧ 年月日 香川県知事 殿								

- 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。
 2 「保護者」の欄のうち「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。
 3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

.....ここから下の欄には記載しないでください。.....

自治体記載欄

申請受付年月日	進達年月日	認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者(重度かつ継続)	該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者(重度かつ継続)	該当・非該当
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類		
前回の受給者番号	今回の受給者番号		
備考			

第4号様式（第4条、第5条関係）

略

略

……………ここから下の欄には記載しないでください。……………

自治体記載欄

申請受付年月日		県提出年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・ 中間2・一定以上	高額治療継続 者（重度かつ 継続）		該当・非該当	
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・ 中間2・一定以上	高額治療継続 者（重度かつ 継続）		該当・非該当	
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
支給要件の確認方法	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・ 手帳用（2年目）・手帳で新規				
備考					

第4号様式の2（第4条、第5条関係）

略

略

……………ここから下の欄には記載しないでください。……………

自治体記載欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・ 中間2・一定以上	高額治療継続 者（重度かつ 継続）		該当・非該当	
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・ 中間2・一定以上	高額治療継続 者（重度かつ 継続）		該当・非該当	
所得確認書類	市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
支給要件の確認方法	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・ 手帳用（2年目）・手帳で新規				
備考					

第5号様式 削除

第5号様式（第4条、第5条関係）

自立支援医療（育成医療）意見書						
フリガナ 受診者氏名			性別	男・女	年齢	歳
						生年月日 年 月 日
受診者住所						
病名			発症年月日	年 月 日		
障害の種類 <small>（該当するものを○で 明んでください。）</small>	(1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)肝臓機能障害 (9)その他内蔵障害 (10)免疫機能障害					
医療の具体的方針						
自立支援医療（育成医療）の始期	年 月 日 から		手術予定年月日	年 月 日		
治療見込期間	入院治療期間	日間	回数	日間	通算	日間
	通院治療回数及び期間	回		日間		日間
医療費概算額	入院治療費	円	計	円		
	通院治療費 訪問看護等	円		円		
移送費概算額						円
医療費概算額及び移送費概算額の合計額						円
治療後における障害の回復状況の見込						
補装具名	(補装具装着予定 年 月)				補装具費用	円
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。 年 月 日 指定自立支援医療機関名 電話番号 担当医師氏名						

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第6号様式（第4条関係）

自立支援医療（精神通院医療）診断書

略
7 現在の障害福祉サービス等の利用状況（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に規定する居宅介護、共同生活介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導等） □無 □有（ ）
略

第9号様式（第5条関係）

市町受付年月日

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定変更申請書
（指定自立支援医療機関）

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 氏 名 ㊟

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

略

第6号様式（第4条関係）

自立支援医療（精神通院医療）診断書

略
7 現在の障害福祉サービス等の利用状況（障害者自立支援法に規定する居宅介護、共同生活介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導等） □無 □有（ ）
略

第9号様式（第5条関係）

市町受付年月日（精神通院医療）

保健福祉事務所等受付年月日（育成医療）

自立支援医療費支給認定変更申請書
（指定自立支援医療機関）

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 氏 名 ㊟

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

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		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年月日	
	住所				
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	フリガナ		続柄		
	氏名				
	住所				
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)				
	精神障害者保健福祉手帳番号				
	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 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第10号様式（第6条関係）

		市町受付年月日（精神通院医療）			
		保健福祉事務所等受付年月日（育成医療）			
自立支援医療変更届出書（育成医療・精神通院医療）					
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年月日	
	住所				
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	フリガナ		続柄		
	氏名				
	住所				
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)				
	身体障害者手帳番号・ 精神障害者保健福祉手帳番号				
	その他				
変更年月日		年 月 日			
備考					
障害者自立支援法施行令第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者 氏名 ㊞ 香川県知事 殿					

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

2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第11号様式（第7条関係）

市町受付年月日	
自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書 年 月 日	
香川県知事 殿 申請者 氏 名 ㊟ 自立支援医療受給者証を（破った、汚した、失った）ので、 <u>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33条第1項</u> の規定により、自立支援医療受給者証の再交付の申請をします。	
略	

略

第11号様式（第7条関係）

市町受付年月日（精神通院医療）	
保健福祉事務所等受付年月日（育成医療）	
自立支援医療受給者証再交付申請書 年 月 日	
香川県知事 殿 申請者 氏 名 ㊟ 自立支援医療受給者証を（破った、汚した、失った）ので、 <u>障害者自立支援法施行令第33条第1項</u> の規定により、自立支援医療受給者証の再交付の申請をします。	
略	

略

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いので、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おいては、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おいては、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営む事業又は福祉ホームを営む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。

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いので、障害者自立支援法第79条第2項の規定により届け出ます。

事業の種類 〔障害福祉サービス事業を行おうとする者においては、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おいては、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営む事業又は福祉ホームを営む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。

第18号様式（第13条関係）

障害福祉サービス事業等変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名 ㊟
〔法人にあっては、主たる事務所の
所在地及び名称並びに代表者の氏名〕

次のとおり障害福祉サービス事業等に関して障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する
ための法律第79条第2項の規定により届出を行った事項を変更したので、同条第3項の規定により
届け出ます。

略

略

第18号様式（第13条関係）

障害福祉サービス事業等変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名 ㊟
〔法人にあっては、主たる事務所の
所在地及び名称並びに代表者の氏名〕

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

略

略

第19号様式（第13条関係）

障害福祉サービス事業等廃止（休止）届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名 ㊟
〔法人にあっては、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廃止（休止）したいので、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第79条第4項の規定により届け出ます。

略

略

第19号様式（第13条関係）

障害福祉サービス事業等廃止（休止）届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名 ㊟
〔法人にあっては、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廃止（休止）したいので、障害者自立支援法第79条第4項
の規定により届け出ます。

略

略

附 則

- 1 この規則は、平成25年4月1日から施行する。
- 2 改正前の障害者自立支援法施行細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。