

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27年12月28日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第75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 style="text-align: center;">(表) 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新）</p> <p>香川県知事殿 申請者（受診者の保護者）住 所 ふりがな 氏 名 ① 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を申請します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者</td> <td>ふりがな氏名</td> <td>姓 別</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>日生歳</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">住 所</td> <td>個人番号</td> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>加入医療保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td>受診者との続柄</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">保 険</td> <td>※保険種別</td> <td>全国健保・健組・共済・船員・国保・国組</td> <td>被保険者証番号</td> </tr> <tr> <td>被保険者証発行機関名</td> <td>被保険者証番号</td> <td>者 証 番 号</td> </tr> <tr> <td colspan="4">※該当する階級区分 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</td> </tr> <tr> <td colspan="4">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</td> </tr> <tr> <td colspan="2">疾 病 名</td> <td colspan="2">現在の受給者番号 (更新の場合に記入)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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">受給者番号:</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">医療機関名 所在地 電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">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</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">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> </tr> </table>	受診者	ふりがな氏名	姓 別	男・女	生年月日	年 月 日	日生歳	住 所	個人番号	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	※保険種別	全国健保・健組・共済・船員・国保・国組	被保険者証番号	被保険者証発行機関名	被保険者証番号	者 証 番 号	※該当する階級区分 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				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)		受給者番号:		医療機関名 所在地 電話番号				受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関				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				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)				<p style="text-align: center;">(表) 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（新規・更新）</p> <p>香川県知事殿 申請者（受診者の保護者）住 所 ふりがな 氏 名 ① 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を申請します。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者</td> <td>ふりがな氏名</td> <td>姓 別</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>日生歳</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">住 所</td> <td>個人番号</td> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>加入医療保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td>受診者との続柄</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">保 険</td> <td>※保険種別</td> <td>全国健保・健組・共済・船員・国保・国組</td> <td>被保険者証番号</td> </tr> <tr> <td>被保険者証発行機関名</td> <td>被保険者証番号</td> <td>者 証 番 号</td> </tr> <tr> <td colspan="4">※該当する階級区分 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</td> </tr> <tr> <td colspan="4">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</td> </tr> <tr> <td colspan="2">疾 病 名</td> <td colspan="2">現在の受給者番号 (更新の場合に記入)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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">受給者番号:</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">医療機関名 所在地 電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">氏 名 受診者との続柄 氏 名 受診者との続柄</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">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> </tr> </table>	受診者	ふりがな氏名	姓 別	男・女	生年月日	年 月 日	日生歳	住 所	個人番号	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	※保険種別	全国健保・健組・共済・船員・国保・国組	被保険者証番号	被保険者証発行機関名	被保険者証番号	者 証 番 号	※該当する階級区分 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				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)		受給者番号:		医療機関名 所在地 電話番号				受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関				氏 名 受診者との続柄 氏 名 受診者との続柄				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)			
受診者		ふりがな氏名	姓 別	男・女																																																																																																							
	生年月日	年 月 日	日生歳																																																																																																								
住 所	個人番号	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	※保険種別	全国健保・健組・共済・船員・国保・国組	被保険者証番号																																																																																																								
	被保険者証発行機関名	被保険者証番号	者 証 番 号																																																																																																								
※該当する階級区分 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																																																																																																											
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)		受給者番号:																																																																																																									
医療機関名 所在地 電話番号																																																																																																											
受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関																																																																																																											
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																																																																																																											
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)																																																																																																											
受診者	ふりがな氏名	姓 別	男・女																																																																																																								
	生年月日	年 月 日	日生歳																																																																																																								
住 所	個人番号	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	※保険種別	全国健保・健組・共済・船員・国保・国組	被保険者証番号																																																																																																								
	被保険者証発行機関名	被保険者証番号	者 証 番 号																																																																																																								
※該当する階級区分 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																																																																																																											
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)		受給者番号:																																																																																																									
医療機関名 所在地 電話番号																																																																																																											
受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関																																																																																																											
氏 名 受診者との続柄 氏 名 受診者との続柄																																																																																																											
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)																																																																																																											
(裏)	(裏)																																																																																																										

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 ①
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		男・女	年 月 日生 (歳)
	氏 名			
	個人番号			
扶 養 義 務 者	ふりがな		受療者の続柄	
	氏 名			
	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)

- 1 *の欄は、記入しないこと。
- 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 ①
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 氏 名		男・女	年 月 日生 (歳)
扶 養 義 務 者 氏 名		受療者の続柄	
扶 養 義 務 者 所 住			
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)

- 1 *の欄は、記入しないこと。
- 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9号様式（第7条関係）

助産施設入所申込書

年 月 日

香川県 事務所長 殿

申込者 居住地
氏 名
個人番号
電話番号 ()

次のとおり助産施設に入所したいので申し込みます。

入所を希望する期間	年 月 日から		年 月 日まで		
世帯構成員の名氏	申込者の続柄	生年月日	摘要		
	本人				
生活保護の適用状況	有・無の場合年月日開始	課税の状況	当該年度の市町村税額	均等割額所得割額	円
社会保険の状況	社会保険の種類出産一時金の額		前年分の所得税額		円
入所を希望する具体的理由	入所を希望する助産施設の名称				
* 担当者の意見	要・否 (理由)	* 入所申込みの承諾	要・否 (助産施設名)	年 月 日承諾	

(注)

- 「摘要」の欄は、職業、勤務先、年間収入、在学学校名、学年及び健康状態を記入すること。
- 「課税の状況」の欄は、申込者に係る税額と、申込者と生計を一にしている扶養義務者に係る税額との合計額を記入すること。
- *印の欄は、記入しないこと。
- 課税の状況を証明する書類を添付すること。
- その他知事が必要と認める書類を添付すること。

第9号様式（第7条関係）

助産施設入所申込書

年 月 日

香川県 事務所長 殿

申込者 居住地
氏 名
電話番号 ()

次のとおり助産施設に入所したいので申し込みます。

入所を希望する期間	年 月 日から		年 月 日まで		
世帯構成員の名氏	申込者の続柄	生年月日	摘要		
	本人				
生活保護の適用状況	有・無の場合年月日開始	課税の状況	当該年度の市町村税額	均等割額所得割額	円
社会保険の状況	社会保険の種類出産一時金の額		前年分の所得税額		円
入所を希望する具体的理由	入所を希望する助産施設の名称				
* 担当者の意見	要・否 (理由)	* 入所申込みの承諾	要・否 (助産施設名)	年 月 日承諾	

(注)

- 「摘要」の欄は、職業、勤務先、年間収入、在学学校名、学年及び健康状態を記入すること。
- 「課税の状況」の欄は、申込者に係る税額と、申込者と生計を一にしている扶養義務者に係る税額との合計額を記入すること。
- *印の欄は、記入しないこと。
- 課税の状況を証明する書類を添付すること。
- その他知事が必要と認める書類を添付すること。

第10号様式（第7条関係）

母子生活支援施設入所申込書

年 月 日

香川県 事務所長 殿

申込者 居住地

氏 名

電話番号 ()

次のとおり母子生活支援施設に入所したいので申し込みます。

入所を希望する期間		年 月 日から		年 月 日まで	
世帯構成員の氏名	申込者の名と続柄	個人番号	生年月日	摘要	
	本人				
生活保護の適用状況	有・無	有の場合 年 月 日 開始	課税の状況	当該年度分の市町村民税額	均等割額所得額 円
	1月当たりの扶助額	円	前年分の所得税額	円	円
入所を希望する具体的理由		入所を希望する母子生活支援施設の名称			
* 担当者の意見 (理由)		要・否	* 入所申込みの承諾	要・否 (母子生活支援施設名)	年 月 日 承諾

(注)

- 「摘要」の欄は、職業、勤務先、年間収入、在学学校名、学年及び健康状態を記入すること。
- 「課税の状況」の欄は、申込者に係る税額と、申込者と生計を一にしている扶養義務者に係る税額との合計額を記入すること。
- *印の欄は、記入しないこと。
- 課税の状況を証明する書類を添付すること。
- その他知事が必要と認める書類を添付すること。

第10号様式（第7条関係）

母子生活支援施設入所申込書

年 月 日

香川県 事務所長 殿

申込者 居住地

氏 名

電話番号 ()

次のとおり母子生活支援施設に入所したいので申し込みます。

入所を希望する期間		年 月 日から		年 月 日まで	
世帯構成員の氏名	申込者の名と続柄	生年月日	摘要		
	本人				
生活保護の適用状況	有・無	有の場合 年 月 日 開始	課税の状況	当該年度分の市町村民税額	均等割額所得額 円
	1月当たりの扶助額	円	前年分の所得税額	円	円
入所を希望する具体的理由		入所を希望する母子生活支援施設の名称			
* 担当者の意見 (理由)		要・否	* 入所申込みの承諾	要・否 (母子生活支援施設名)	年 月 日 承諾

(注)

- 「摘要」の欄は、職業、勤務先、年間収入、在学学校名、学年及び健康状態を記入すること。
- 「課税の状況」の欄は、申込者に係る税額と、申込者と生計を一にしている扶養義務者に係る税額との合計額を記入すること。
- *印の欄は、記入しないこと。
- 課税の状況を証明する書類を添付すること。
- その他知事が必要と認める書類を添付すること。

第10号様式の2 (第7条の2関係)

(表)

障害児入所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

フリガナ

氏 名 ㊦

個人番号

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	個人番号	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

サービスの利用の状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類、内容等
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類、内容等

申請するサービスの種類	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容	
	種 類	<input type="checkbox"/> 指定障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 指定発達支援医療機関
	具 体的 内 容	

(裏)

略

第10号様式の2 (第7条の2関係)

(表)

障害児入所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 ㊦

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

サービスの利用の状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類、内容等
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類、内容等

申請するサービスの種類	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容	
	種 類	<input type="checkbox"/> 指定障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 指定発達支援医療機関
	具 体的 内 容	

(裏)

略

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
フリガナ
氏 名 ㊟
個人番号
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 個人番号	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 氏 名	届 出 者 との関係		
住 所	〒 電話番号 ()		

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 ㊟
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 氏 名	届 出 者 との関係		
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
フリガナ
氏 名 ⑩
個人番号
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	個人番号	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 氏 名		申請者 との関係	
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 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
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 の世帯に属する他の	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。
 - 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	
			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
氏名
生年月日
連絡先

年 月 日
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 の世帯に属する他の	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

(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	
			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。)	
フリガナ氏名	申請者との関係	
住 所	〒	電話番号 ()

第15号様式（第9条の2、第9条の5関係）

養育里親（養子縁組希望里親）登録（登録更新）申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所
氏 名

次のとおり養育里親（養子縁組希望里親）の登録（登録の更新）を受けたいので必要書類を添えて申請します。

養育里親（養子縁組希望里親）希望者の状況	住 所							健康状態	養育里親研修修了（見込み）年月日
	氏名	個人番号	続柄	性別	生年月日	職業	年月日		
同居人の状況					年月日			/	
					年月日				
					年月日				
					年月日				
					年月日				
養育里親（養子縁組希望里親）になることを希望する理由									
養育期間を1年以内とするものの希望の有無								有・無	
里親であったことの有無		有・無	他の都道府県において里親であった場合の当該都道府県名						

(注) 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 養育里親（養子縁組希望里親）希望者及びその同居人の履歴書
- (2) 養育里親（養子縁組希望里親）希望者の居住する家屋の平面図
- (3) 養育里親研修を修了したこと又は修了する見込みであることを証する書類
- (4) 養育里親（養子縁組希望里親）希望者及びその同居人が、児童福祉法第34条の19第1項各号のいずれにも該当しない者であることを証する書類
- (5) その他知事が必要と認める書類

第15号様式（第9条の2、第9条の5関係）

養育里親（養子縁組希望里親）登録（登録更新）申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所
氏 名

次のとおり養育里親（養子縁組希望里親）の登録（登録の更新）を受けたいので必要書類を添えて申請します。

養育里親（養子縁組希望里親）希望者の状況	住 所							健康状態	養育里親研修修了（見込み）年月日
	氏名	続柄	性別	生年月日	職業	年月日			
同居人の状況				年月日			/		
				年月日					
				年月日					
				年月日					
				年月日					
養育里親（養子縁組希望里親）になることを希望する理由									
養育期間を1年以内とするものの希望の有無								有・無	
里親であったことの有無		有・無	他の都道府県において里親であった場合の当該都道府県名						

(注) 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 養育里親（養子縁組希望里親）希望者及びその同居人の履歴書
- (2) 養育里親（養子縁組希望里親）希望者の居住する家屋の平面図
- (3) 養育里親研修を修了したこと又は修了する見込みであることを証する書類
- (4) 養育里親（養子縁組希望里親）希望者及びその同居人が、児童福祉法第34条の19第1項各号のいずれにも該当しない者であることを証する書類
- (5) その他知事が必要と認める書類

第15号様式の2 (第9条の2、第9条の5関係)

専門里親登録(登録更新)申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住所
氏名

次のとおり専門里親の登録(登録の更新)を受けたいので必要書類を添えて申請します。

専門里親希望者の状況	住 所		〒					健康状態	専門里親研修修了(見込み)年月日
	氏名	個人番号	続柄	性別	生年月日	職業	年月日		
					年 月 日			年 月 日	
					年 月 日			年 月 日	
同居人の状況					年 月 日			/	
					年 月 日				
					年 月 日				
					年 月 日				
専門里親になることを希望する理由									
養育期間を1年以内とするこの希望の有無							有・無		
里親であったことの有無	有・無	他の都道府県において里親であった場合の当該都道府県名							
該当要件(該当する□に△を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 児童福祉法施行規則第1条の37第1号イに該当 <input type="checkbox"/> 児童福祉法施行規則第1条の37第1号ロに該当 <input type="checkbox"/> 児童福祉法施行規則第1条の37第1号ハに該当 <input type="checkbox"/> 児童福祉法施行規則第1条の37第3号に該当								

(注) 次に掲げる書類を添付すること。

- 専門里親希望者及びその同居人の履歴書
- 専門里親希望者の居住する家屋の平面図
- 専門里親希望者及びその同居人が、児童福祉法第34条の19第1項各号のいずれにも該当しない者であることを証する書類
- 専門里親希望者が、児童福祉法施行規則第1条の37第1号に掲げるいずれかの要件に該当する者であることを証する書類
- 専門里親研修を修了したこと又は修了する見込みであることを証する書類
- その他知事が必要と認める書類

第15号様式の2 (第9条の2、第9条の5関係)

専門里親登録(登録更新)申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住所
氏名

次のとおり専門里親の登録(登録の更新)を受けたいので必要書類を添えて申請します。

専門里親希望者の状況	住 所		〒					健康状態	専門里親研修修了(見込み)年月日
	氏名	続柄	性別	生年月日	職業	年月日			
					年 月 日			年 月 日	
					年 月 日			年 月 日	
同居人の状況					年 月 日			/	
					年 月 日				
専門里親になることを希望する理由									
養育期間を1年以内とするこの希望の有無							有・無		
里親であったことの有無	有・無	他の都道府県において里親であった場合の当該都道府県名							
該当要件(該当する□に△を記入すること。)	<input type="checkbox"/> 児童福祉法施行規則第1条の37第1号イに該当 <input type="checkbox"/> 児童福祉法施行規則第1条の37第1号ロに該当 <input type="checkbox"/> 児童福祉法施行規則第1条の37第1号ハに該当 <input type="checkbox"/> 児童福祉法施行規則第1条の37第3号に該当								

(注) 次に掲げる書類を添付すること。

- 専門里親希望者及びその同居人の履歴書
- 専門里親希望者の居住する家屋の平面図
- 専門里親希望者及びその同居人が、児童福祉法第34条の19第1項各号のいずれにも該当しない者であることを証する書類
- 専門里親希望者が、児童福祉法施行規則第1条の37第1号に掲げるいずれかの要件に該当する者であることを証する書類
- 専門里親研修を修了したこと又は修了する見込みであることを証する書類
- その他知事が必要と認める書類

第15号様式の3 (第9条の2関係)

親族里親認定申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住所
氏名

次のとおり親族里親の認定を受けたいので必要書類を添えて申請します。

親族里親希望者の状況	住 所						
	氏名	個人番号	続柄	性別	生年月日	職業	健康状態
					年 月 日		
					年 月 日		
同居人の状況					年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		
親族里親になることを希望する理由							
養育期間を1年以内とするこの希望の有無						有・無	
里親であったことの有無	有・無	他の都道府県において里親であった場合の当該都道府県名					

(注) 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 親族里親希望者及びその同居人の履歴書
- (2) 親族里親希望者の居住する家屋の平面図
- (3) 親族里親希望者及びその同居人が、児童福祉法第34条の19第1項各号のいずれにも該当しない者であることを証する書類
- (4) その他知事が必要と認める書類

第15号様式の3 (第9条の2関係)

親族里親認定申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住所
氏名

次のとおり親族里親の認定を受けたいので必要書類を添えて申請します。

親族里親希望者の状況	住 所					
	氏名	続柄	性別	生年月日	職業	健康状態
				年 月 日		
				年 月 日		
同居人の状況				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
親族里親になることを希望する理由						
養育期間を1年以内とするこの希望の有無						有・無
里親であったことの有無	有・無	他の都道府県において里親であった場合の当該都道府県名				

(注) 次に掲げる書類を添付すること。

- (1) 親族里親希望者及びその同居人の履歴書
- (2) 親族里親希望者の居住する家屋の平面図
- (3) 親族里親希望者及びその同居人が、児童福祉法第34条の19第1項各号のいずれにも該当しない者であることを証する書類
- (4) その他知事が必要と認める書類

第19号様式の2（第14条の2関係）

児童自立生活援助実施申込書

年 月 日

香川県 センター所長 殿

申込者 居住地

氏 名 (男・女)

個人番号

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号 ()

職 業

次のとおり児童自立生活援助の実施を希望するので申し込みます。

実施希望年月日	年 月 日		
実施を希望する 具 体 的 理 由			
実施を希望する 児童自立生活援助 事業所の名称			
保護者	氏 名		
	居住地		
備 考			
* 担 当 者 の 意 見	(理由) 要・否	* 実 施 申 込 み の 承 諾	要・否 (児童自立生活援助 事業所名) 年 月 日 承 諾

(注)

- 「備考」の欄は、勤務先、年間収入、在学学校名、学年、健康状態等援助の実施に当たり参考となるべき事項を記入すること。
- *印の欄は、記入しないこと。
- 課税の状況を証明する書類を添付すること。
- その他知事が必要と認める書類を添付すること。

附 則

- この規則は、平成28年1月1日から施行する。
- この規則の施行の際現に改正前の児童福祉法施行細則（以下「改正前の規則」という。）の規定により提出されている書類は、改正後の児童福祉法施行細則の相当規定により提出されている書類とみなす。
- 改正前の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。

第19号様式の2（第14条の2関係）

児童自立生活援助実施申込書

年 月 日

香川県 センター所長 殿

申込者 居住地

氏 名 (男・女)

生年月日 年 月 日 (歳)

電話番号 ()

次のとおり児童自立生活援助の実施を希望するので申し込みます。

実施希望年月日	年 月 日		
実施を希望する 具 体 的 理 由			
実施を希望する 児童自立生活援助 事業所の名称			
保護者	氏 名		
	居住地		
備 考			
* 担 当 者 の 意 見	(理由) 要・否	* 実 施 申 込 み の 承 諾	要・否 (児童自立生活援助 事業所名) 年 月 日 承 諾

(注)

- 「備考」の欄は、職業、勤務先、年間収入、在学学校名、学年、健康状態等援助の実施に当たり参考となるべき事項を記入すること。
- *印の欄は、記入しないこと。
- 課税の状況を証明する書類を添付すること。
- その他知事が必要と認める書類を添付すること。