

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78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を改正する規則

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																																																																																																																																																																																										
<p>第4号様式（第4条、第5条関係）</p> <p>(表)</p> <p>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）</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">受診者</td> <td>フリガナ名</td> <td>性別</td> <td>男・女</td> <td>年齢</td> <td>歳</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>電話番号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保護者</td> <td>フリガナ名</td> <td colspan="5"></td> <td>電話番号</td> <td>受診者の住所と異なる場合は記載してください。</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="5"></td> <td>電話番号</td> <td>受診者の住所と異なる場合は記載してください。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">負担額に関する事項</td> <td>受診者の被保険者証の記号及び番号</td> <td colspan="6">保険者名</td> </tr> <tr> <td>受診者と同一保険の加入者</td> <td colspan="6">氏名 個人番号</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">再認定・変更の場合</td> <td>該当する所得区分</td> <td>生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td>高額治療継続者（重度かつ継続）</td> <td>該当・非該当</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>精神障害者保健福祉手帳番号</td> <td colspan="6">精神障害者保健福祉手帳の有効期限 年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">再認定・変更の場合</td> <td>既存の自立支援医療受給者証の有効期限</td> <td colspan="6">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>病状の変化及び治療方針の変更の有無</td> <td colspan="6">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">再認定・変更の場合</td> <td>前年度の支給認定に係る申請書への添付の有無</td> <td colspan="6">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td colspan="7">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 ⑩</td> </tr> </table> <p>香川県知事 年 月 日</p>		受診者	フリガナ名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日	住所	電話番号						保護者	フリガナ名						電話番号	受診者の住所と異なる場合は記載してください。	住所						電話番号	受診者の住所と異なる場合は記載してください。	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	氏名 個人番号						再認定・変更の場合	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				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 年 月 日						再認定・変更の場合	既存の自立支援医療受給者証の有効期限	年 月 日						病状の変化及び治療方針の変更の有無	有 ・ 無						再認定・変更の場合	前年度の支給認定に係る申請書への添付の有無	有 ・ 無						上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。申請者氏名 ⑩							<p>第4号様式（第4条、第5条関係）</p> <p>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）</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">受診者</td> <td>フリガナ名</td> <td>性別</td> <td>男・女</td> <td>年齢</td> <td>歳</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="5"></td> <td>電話番号</td> <td>受診者の住所と異なる場合は記載してください。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保護者</td> <td>フリガナ名</td> <td colspan="5"></td> <td>電話番号</td> <td>受診者の住所と異なる場合は記載してください。</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="5"></td> <td>電話番号</td> <td>受診者の住所と異なる場合は記載してください。</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">負担額に関する事項</td> <td>受診者の被保険者証の記号及び番号</td> <td colspan="6">保険者名</td> </tr> <tr> <td>受診者と同一保険の加入者</td> <td colspan="6">氏名 個人番号</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">再認定・変更の場合</td> <td>該当する所得区分</td> <td>生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td>高額治療継続者（重度かつ継続）</td> <td>該当・非該当</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>精神障害者保健福祉手帳番号</td> <td colspan="6">精神障害者保健福祉手帳の有効期限 年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">再認定・変更の場合</td> <td>既存の自立支援医療受給者証の有効期限</td> <td colspan="6">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>病状の変化及び治療方針の変更の有無</td> <td colspan="6">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">再認定・変更の場合</td> <td>前年度の支給認定に係る申請書への添付の有無</td> <td colspan="6">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td colspan="7">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 ⑩</td> </tr> </table> <p>香川県知事 年 月 日</p>		受診者	フリガナ名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日	住所						電話番号	受診者の住所と異なる場合は記載してください。	保護者	フリガナ名						電話番号	受診者の住所と異なる場合は記載してください。	住所						電話番号	受診者の住所と異なる場合は記載してください。	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	氏名 個人番号						再認定・変更の場合	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				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 年 月 日						再認定・変更の場合	既存の自立支援医療受給者証の有効期限	年 月 日						病状の変化及び治療方針の変更の有無	有 ・ 無						再認定・変更の場合	前年度の支給認定に係る申請書への添付の有無	有 ・ 無						上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。申請者氏名 ⑩						
受診者	フリガナ名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日																																																																																																																																																																																				
	住所	電話番号																																																																																																																																																																																										
保護者	フリガナ名						電話番号	受診者の住所と異なる場合は記載してください。																																																																																																																																																																																				
	住所						電話番号	受診者の住所と異なる場合は記載してください。																																																																																																																																																																																				
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	氏名 個人番号																																																																																																																																																																																										
再認定・変更の場合	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																																																																																																																																																																																								
	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 年 月 日																																																																																																																																																																																										
再認定・変更の場合	既存の自立支援医療受給者証の有効期限	年 月 日																																																																																																																																																																																										
	病状の変化及び治療方針の変更の有無	有 ・ 無																																																																																																																																																																																										
再認定・変更の場合	前年度の支給認定に係る申請書への添付の有無	有 ・ 無																																																																																																																																																																																										
	上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。申請者氏名 ⑩																																																																																																																																																																																											
受診者	フリガナ名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日	年 月 日																																																																																																																																																																																					
	住所						電話番号	受診者の住所と異なる場合は記載してください。																																																																																																																																																																																				
保護者	フリガナ名						電話番号	受診者の住所と異なる場合は記載してください。																																																																																																																																																																																				
	住所						電話番号	受診者の住所と異なる場合は記載してください。																																																																																																																																																																																				
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	氏名 個人番号																																																																																																																																																																																										
再認定・変更の場合	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																																																																																																																																																																																								
	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 年 月 日																																																																																																																																																																																										
再認定・変更の場合	既存の自立支援医療受給者証の有効期限	年 月 日																																																																																																																																																																																										
	病状の変化及び治療方針の変更の有無	有 ・ 無																																																																																																																																																																																										
再認定・変更の場合	前年度の支給認定に係る申請書への添付の有無	有 ・ 無																																																																																																																																																																																										
	上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。申請者氏名 ⑩																																																																																																																																																																																											
<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 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。</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> <p>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。</p>																																																																																																																																																																																										
<p>自治体記載欄</p> <table border="1"> <tr> <td>申請受付年月日</td> <td>県提出年月日</td> <td>認定年月日</td> </tr> <tr> <td>前回所得区分</td> <td>生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td>高額治療継続者（重度かつ継続）</td> <td>該当・非該当</td> </tr> <tr> <td>今回所得区分</td> <td>生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td>高額治療継続者（重度かつ継続）</td> <td>該当・非該当</td> </tr> <tr> <td>所得確認書類</td> <td>市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類</td> <td>市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書</td> <td></td> </tr> <tr> <td>前回の受給者番号</td> <td>市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類</td> <td>市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給要件の確認方法</td> <td>医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）</td> <td>医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		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	市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類	市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		前回の受給者番号	市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類	市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		支給要件の確認方法	医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）	医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）		備考				<p>自治体記載欄</p> <table border="1"> <tr> <td>申請受付年月日</td> <td>県提出年月日</td> <td>認定年月日</td> </tr> <tr> <td>前回所得区分</td> <td>生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td>高額治療継続者（重度かつ継続）</td> <td>該当・非該当</td> </tr> <tr> <td>今回所得区分</td> <td>生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td>高額治療継続者（重度かつ継続）</td> <td>該当・非該当</td> </tr> <tr> <td>所得確認書類</td> <td>市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類</td> <td>市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書</td> <td></td> </tr> <tr> <td>前回の受給者番号</td> <td>市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類</td> <td>市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給要件の確認方法</td> <td>医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）</td> <td>医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）</td> <td></td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		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	市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類	市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		前回の受給者番号	市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類	市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書		支給要件の確認方法	医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）	医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）		備考																																																																																																																																						
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	市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類	市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書																																																																																																																																																																																										
前回の受給者番号	市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類	市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書																																																																																																																																																																																										
支給要件の確認方法	医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）	医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）																																																																																																																																																																																										
備考																																																																																																																																																																																												
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	市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類	市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書																																																																																																																																																																																										
前回の受給者番号	市町村民課税証明書 標準負担額減額認定証 その他収入等を証明する書類	市町村民課税証明書 生活保護受給世帯の証明書																																																																																																																																																																																										
支給要件の確認方法	医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）	医療用（1年目）・療養用（2年目）・手帳用（1年目）																																																																																																																																																																																										
備考																																																																																																																																																																																												

(裏)
自治体記載欄（この欄には記載しないでください。）

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（重慶かつ継続）
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（重慶かつ継続）
所得確認方法	調込番号 調込番号 調込番号	市町村民税課課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定書 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
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)			
香川県知事 殿		年 月 日	
申請者 氏名		印	
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。			
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		
受診者	氏名	性別	生年月日
	住所	電話番号	年 月 日
	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。）	氏名	続柄	
	住所	電話番号	
	個人番号		
変更内容	事項	変更前	変更後
	指定自立支援医療機関名		
	所在地・電話番号		
変更年月日	年 月 日		

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)			
香川県知事 殿		年 月 日	
申請者 氏名		印	
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。			
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		
受診者	氏名	性別	生年月日
	住所	電話番号	年 月 日
保護者（受診者が18歳未満の場合に記載してください。）	氏名	続柄	
	住所	電話番号	
変更内容	事項	変更前	変更後
	指定自立支援医療機関名		
変更内容	所在地・電話番号		
	変更年月日	年 月 日	

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	
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		
	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 香川県知事 殿 届出者 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 香川県知事 殿 届出者 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、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。					
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	
受診者	氏 名	性別	男 女	生年 月日	年 月 日
	住 所	電話番号			
	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。)	氏 名	続 柄			
	住 所	電話番号			
	個人番号				
再交付を申請する理由		いずれか該当するものに○印をしてください。			
		1 紛失			
		2 破損			
		3 汚損			
		4 その他 ()			

注 1 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合にあっては、当該自立支援医療受給者証を添付してください。
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、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。					
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	
受診者	氏 名	性別	男 女	生年 月日	年 月 日
	住 所	電話番号			
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	氏 名	続 柄			
	住 所	電話番号			
再交付を申請する理由					

注 1 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合にあっては、当該自立支援医療受給者証を添付してください。
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。

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（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。