

# 石川県公報

平成 27 年 12 月 22 日 (火曜日)

号 外

(第 85 号)

## 目 次

### 規 則

○生活保護法施行細則等の一部を改正する規則

(行政経営課) 1

## 規 則

生活保護法施行細則等の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十七年十二月二十二日

石川県知事 谷 本 正 憲

### 石川県規則第三十五号

生活保護法施行細則等の一部を改正する規則

(生活保護法施行細則の一部改正)

第一条 生活保護法施行細則(昭和二十八年石川県規則第三十三号)の一部を次のように改正する。

別記第一号様式中

世帯 番号	本籍地	氏名	続柄	性別	年齢	生年月日	学歴	心身の 状況	手帳の 保有状況	職 業		居住の 始期	年 月 日
										特殊技能	現 職		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
資産の調	内 容	見積額	処分の可否		負債の調	種 類	金 額	契約の内容					
	土 地												
	家 屋 そ の 他												

を

本 籍 地		居 住 地 現 在 地			石 川 県 市 郡 町 番 地 ( 方 )			居 住 の 始 期		年 月 日	
世帯 番 号	氏 名	個人番号	続柄	性別	年齢	生年月日	学歴	心身の 状 況	手 帳 の 保 有 状 況	職 業	
	1									特殊技能	現 職
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
資 産 の 調	内 容	見積額	処分の可否		負 債 の 調	種 類	金 額	契 約 の 内 容			
	土 地 家 屋 そ の 他										

こ

改める。

張記第11号様式

現在住んでいるところ						現在のところに住み始めた時期 年 月 日					
家 族 の 状 況	人員	氏 名			続柄	性別	年齢	生年月日	学歴	職業	健康状態
	1				世帯主						
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
8											
家族のうち別なところに住 んでいる者があるときはそ の名前と住んでいるところ											

を

現在住んでいるところ							現在のところに住み始めた時期				
							年	月	日		
家族 の 状 況	人員	氏 名		個人番号	続柄	性別	年齢	生年月日	学歴	職業	健康状態
	1				世帯主						
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
家族のうち別なところに住んでいる者があるときはその名前と住んでいるところ											

改める。

(身体障害者福祉法施行細則の一部改正)

第一条 身体障害者福祉法施行細則(昭和六十年石川県規則第六号)の一部を次のように改正する。

氏<sup>フリガナ</sup>名 ④  
 別記様式第六号中「殿」を「様」に、生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 を  
 1 2 3 4 」

氏<sup>フリガナ</sup>名 ④  
 個人番号   
 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 に、 「 市 」、「 町・村」 を「 市 」、「 町・村」 に、  
 1 2 3 4 」 石川県 町・村」 を 石川県 市」 に、「 県」

第 号) を「 市・市第 号」に、「町村長」を「町長」に、「市町村」を「市町」に改める。  
 別記様式第九号中「殿」を「様」に

氏<sup>フリガナ</sup>名 ④ 性 別 男・女  
 1 2  
 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 職 業 職業コード   
 1 2 3 4 又は教育 」

氏<sup>フリガナ</sup>名 ④ 性 別 男・女  
 1 2  
 個人番号   
 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 職 業 職業コード   
 1 2 3 4 又は教育 」

「 市 」、「 町・村」 を「 市 」、「 町」 に、  
 石川県 町・村」 を 石川県 町」 に、  
 「 が、  
 ( 1 障害程度が変更しましたので )  
 ( 2 紛失しましたので )  
 ( 3 破損し使用に堪えませんので ) 」

「 が、  
 ( 1 障害程度が変更しましたので )  
 ( 2 紛失しましたので )  
 ( 3 破損し使用に堪えませんので )  
 ( 4 再認定 ( 年 月 ) のため ) 」 に、  
 「 県第 号」 を「 市・市第 号」 に、「 町村受 付」 を「 町受付」 に、「 市町村」 を「 市町」 に改める。

付) を「町受付」に、「市町村」を「市町」に改める。

別記様式第九号中「石川県 市 町・村」を「石川県 市 町」に、  
 「<sup>フリガナ</sup>氏名」を「<sup>フリガナ</sup>氏名」に、  
 返還者 市 町・村」を 返還者 市 町」に、  
 住 所 石川県 市 町・村」を 住 所 石川県 市 町」に、  
 「県第 号」を「県・市第 号」に、「殿」を「様」に、「町村長」を「町長」に、「市町村」を「市町」に改める。

(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)

第二条 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(平成十八年石川県規則第三十四号)の一部を次のように改正する。

第一条中「平成十八年厚生労働省令第十九号」の下に「。以下本則において「省令」という。」を加える。

第五条を次のように改める。

(自立支援医療費の支給認定の申請等)

第五条 法第五十二条第一項に規定する支給認定の申請及び法第五十六条第一項の支給認定の変更の申請は、別記様式第三号の五(その一)により行うものとする。

2 省令第三十五条第二項第一号に規定する医師の診断書の様式は、別記様式第三号の五(その二)のとおりとする。

3 省令第三十五条第二項第二号に規定する同条第一項第九号の事項を証する書類の様式は、別記様式第三号の五(その三)のとおりとする。

第五条の次に次の二条を加える。

(自立支援医療の支給認定に係る申請内容の変更の届出)

第五条の二 省令第四十七条第一項に規定する届出書の様式は、別記様式第三号の五(その四)のとおりとする。

(自立支援医療受給者証の再交付の申請)

第五条の三 省令第四十八条第一項に規定する申請書の様式は、別記様式第三号の五(その五)のとおりとする。

別記様式第三号の四の次に次の五様式を加える。

別記様式第 3 号の 5 (その 1) (第 5 条関係)

自立支援医療費 (精神通院) 支給認定申請書 (新規・再認定・変更) <span style="float: right;">※ 1</span>													
障害者・児	フリガナ							生 年 月 日					
	受診者氏名							性別	男 ・ 女	年齢	歳	大 正 和 成 昭 平 成	年 月 日
	個人番号												
	フリガナ												
	受診者住所							電話番号					
受診者が 18 歳未満の場合	フリガナ												
	保護者氏名							受診者との関係					
	個人番号												
	フリガナ												
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			氏 名	個人番号						
	該当する所得区分 ※ 3	生保 ・ 低 1 ・ 低 2 ・ 中間 1 ・ 中間 2 ・ 一定以上						重度かつ継続 ※ 4		該当 ・ 非該当			
身体障害者手帳番号							精神障害者保健福祉手帳番号						
受診を希望する指定自立支援医療機関 (薬局・訪問看護事業者を含む。)	医 療 機 関 名						所 在 地 ・ 電 話 番 号						
受給者番号 ※ 5													
受給者証の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで												
治療方針の変更 ※ 6	有 ・ 無						診断書の添付 ※ 6、※ 7		有 ・ 無				
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">Ⓜ ※ 8</span></p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">石川県知事 様</p>													
本申請に伴い、必要な場合関係機関において世帯の状況や市町村民税等の調査をすることについて 同意します ・ 同意しません													

- ※ 1 新規・再認定・変更 (自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合) のいずれかに○印を付してください。
- ※ 2 受診者本人と異なる場合に記入してください。
- ※ 3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○印を付してください。
- ※ 4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○印を付してください。
- ※ 5 再認定又は変更の方のみ記入してください。
- ※ 6 継続申請 (診断書の提出が 2 年目のことをいう。) の方のみ記入してください。 (平成 22 年 4 月支給認定分の申請から適用)
- ※ 7 前年度 (1 年目) の申請に係る診断書 (写) の添付状況に○印を付してください。 (平成 22 年 4 月支給認定分の申請から適用)
- ※ 8 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市町記入欄											
申請受付年月日							進達年月日				
前所得区分	生保 ・ 低 1 ・ 低 2 ・ 中間 1 ・ 中間 2 ・ 一定以上						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						重度かつ継続		該当 ・ 非該当		
所得確認書類	個人番号		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 其他収入等を証明する書類 ( )										
診断書の提出	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											

## 別記様式第3号の5(その2)(第5条関係)

## 診 断 書 (精神通院医療用)

氏 名	大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)		男・女
住 所			
①病名 (ICDコードは、F00～F99、 G40のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ (2) 従たる精神障害 _____ (3) 身体合併症 _____	ICDコード ( . ) ICDコード ( . )	
②発病から現在までの病歴  (推定発病年月、発病状況 治療の経過等を記載)			
③現在の病状、状態像等(該当する項目を○印で囲んでください。) (1)抑うつ状態 1.思考・運動抑制 2.易刺激性、興奮 3.憂うつ気分 4.その他 ( ) (2)躁状態 1.行為心迫 2.多弁 3.感情高揚・易刺激性 4.その他 ( ) (3)幻覚妄想状態 1.幻覚 2.妄想 3.その他 ( ) (4)精神運動興奮及び昏迷の状態 1.興奮 2.昏迷 3.拒絶 4.その他 ( ) (5)統合失調症等残遺状態 1.自閉 2.感情平板化 3.意欲の減退 4.その他 ( ) (6)情動及び行動の障害 1.爆発性 2.暴力・衝動行為 3.多動 4.食行動の異常 5.チック・汚言 6.その他 ( ) (7)不安及び不穏 1.強度の不安・恐怖感 2.強迫体験 3.心的外傷に関連する症状 4.解離・転換症状 5.その他 ( ) (8)てんかん発作等(けいれん及び意識障害) 1.てんかん発作 発作型 ( ) 頻度 ( ) 2.意識障害 3.その他 ( ) (9)精神作用物質の乱用、依存等 1.アルコール 2.覚醒剤 3.有機溶剤 4.その他 ( ) 7.乱用 4.依存 5.残遺性・遅発性精神病性障害 6.その他 ( ) (10)知能・記憶・学習等の障害 1.知的障害(精神遅滞) 7.軽度 4.中等度 5.重度 2.認知症 3.その他の記憶障害 ( ) 4.学習の困難 7.読み 4.書き 5.算数 6.その他 ( ) 5.遂行機能障害 6.注意障害 7.その他 ( ) (11)広汎性発達障害関連症状 1.相互的な社会関係の質的障害 2.コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3.限定した常同的で反復的な関心と活動 4.その他 ( ) (12)その他 ( )	④③の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等	⑤現在の治療内容 1. 投薬内容 〔 〕 2. 精神療法等 〔 〕 3. 訪問看護指示の有無 ( 有 ・ 無 )	⑥今後の治療方針
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自立訓練(生活訓練)、 共同生活援助(グループホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)、その他の障害福祉サービス等、訪問指導等)			
⑧備 考			
上記のとおり、診断します。  平成 年 月 日	医療機関所在地 名 称 電 話 番 号 医 師 氏 名 (自署又は記名捺印)	⑨	

別記様式第 3 号の 5 (その 3) (第 5 条関係)

「重度かつ継続」に関する意見書 (追加用)

患者氏名		性別	
住 所		年齢	

主たる精神障害 (ICD-10に準じ該当する番号に○印を付し、又は記載してください。)

- ① 症状性を含む器質性精神障害 (F 0)
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F 1)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F 2)
- ④ 気分障害 (F 3)
- ⑤ てんかん (G 40)
- ⑥ その他： (F )

医師の略歴 (精神保健指定である等 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記載してください。)

医師氏名	
------	--

## 別記様式第 3 号の 5 (その 4) (第 5 条の 2 関係)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届 (精神通院)												
受 診 者	フリガナ							性 別	生 年 月 日			
	氏 名							男 ・ 女	大 正 昭 和 平 成	年	月	日
	個人番号											
	フリガナ											
	住 所											
保 護 者 ( <small>18歳未満の 受診者が</small> 受診者が)	フリガナ							続 柄				
	氏 名											
	個人番号											
	フリガナ											
	住 所											
自立支援医療費受給者番号												
受給者証の有効期間		平成 年 月 日 から 平成 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・精神障 害者保健福祉手帳番号											
備 考												
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">石川県知事 様</p>												

※ 自己負担上限額 (所得区分及び重度かつ継続該当・非該当) 及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書 (変更) に記載すること。



別記様式第 3 号の 5 (その 5) (第 5 条の 3 関係)

平成 年 月 日

石川県知事 様

申請者 住所

氏名 ⑩

自立支援医療受給者証再交付申請書

下記の理由により、自立支援医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

記

受給者番号											
医療の種類	精神通院医療										
受診者	住所										
	氏名										
	個人番号										
	生年月日	大正・昭和・平成		年	月	日					
	性別	男・女			電話番号						
保護者(18歳未満の受診者が)	住所 ※1										
	氏名										
	個人番号										
	電話番号 ※2						続柄				

再交付の理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4 その他 ( )
--------	-----------------------------------

備考

- 1 ※1 及び ※2 は、受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 2 申請者が氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。

(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則の一部改正)

第四条 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則(平成十一年石川県規則第二十七号)の一部を次のように改正する。

別記様式第八号及び別記様式第九号を次のように改める。

別記様式第 8 号 (第 9 条関係)

## 入院医療費公費負担申請書

年 月 日

保健所長 様

申請者の住所 \_\_\_\_\_

申請者の氏名 \_\_\_\_\_ (印)

申請者の個人番号 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

私は、入院医療費の公費負担を受けたいので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 37 条第 1 項の規定により申請します。

## 記

患 者 氏 名 ・ 住 所											
個 人 番 号											
生 年 月 日	年 月 日					性 別		男 ・ 女			
患者が受けることができる医療給付に係る保険等の種類	・ 健保 (本人・家族) ・ 国保 (一般・退職本人・退職家族) ・ 生保 (保護受給中・保護申請中) ・ その他 ( )										
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有 ・ 無					年 月から					
備 考											

- 注 1 「患者が受けることができる医療給付に係る保険等の種類」欄は、該当する箇所を○印で囲んでください。
- 2 入院勧告等通知書の写し及び必要に応じて配偶者等の所得証明書その他所得の状況がわかる書類を添付してください。
- 3 申請者本人(法人にあっては、代表者に限る。)が署名する場合は、押印を省略することができます。

別記様式第 9 号 (第 11 条関係)

緊急時等の医療に係る療養費の公費負担申請書

年 月 日

保健所長 様

申請者の住所 \_\_\_\_\_

申請者の氏名 \_\_\_\_\_ 印

申請者の個人番号 \_\_\_\_\_

患者との関係 \_\_\_\_\_

私は、緊急時等の医療に係る療養費の公費負担を受けたいので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 42 条第 1 項の規定により申請します。

記

患者氏名・住所					
個人番号					
生 年 月 日	年	月	日	性 別	男 ・ 女
支給を受けようとする療養費の額	円				
患者が受けることができる医療給付に係る保険等の種類	・健保 (本人・家族) ・国保 (一般・退職本人・退職家族) ・生保 (保護受給中・保護申請中) ・その他 ( )				
高齢者の医療の確保に関する法律による医療の受給資格	有 ・ 無		年 月 から		
緊急その他やむを得ない理由					
備 考					

- 注 1 「患者が受けることができる医療給付に係る保険等の種類」欄は、該当する箇所を○印で囲んでください。  
 2 入院勧告等通知書の写し及び必要に応じて配偶者等の所得証明書その他所得の状況がわかる書類を添付してください。  
 3 申請者本人(法人にあっては、代表者に限る。)が署名する場合は、押印を省略することができます。

(母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則の「第 5 条」)

第五条 母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則 (昭和四十年石川県規則第十六号) の「第 5 条」を次のように改正する。

「貸付申請者 住 所  
 氏 名 印  
 貸付申請者 ( 修学資金、修業資金、就職支度 )  
 第 1 号様式中 ( 資金又は就学支度資金の場合で ) せ  
 あつて、配偶者のない者又は寡婦が申請する場合に記入すること。」

「貸付申請者 住 所  
氏 名 ①  
個人番号

貸付申請者 [ 修学資金、修業資金、就職支度  
資金又は就学支度資金の場合で  
あつて、配偶者のない者又は寡  
婦が申請する場合に記入するこ  
と。 ] ①

「借受者 (相続人) 住 所  
氏 名 ①  
連帯保証人 住 所 ①  
氏 名 ①

「借受者 (相続人) 住 所  
氏 名 ①  
個人番号 ①  
連帯保証人 住 所  
氏 名 ①

(児童福祉法施行細則の一部改正)

第六条 児童福祉法施行細則 (昭和六十一年石川県規則第一十八号) の一部を次のように改正する。

別記様式第五号中「福祉事務所長殿」を「保健福祉センター所長 様」とし、

申込者の住所		居住期間			年 月	
入所を希望する者	氏 名	続き柄	生年月日	職業又は勤務先	摘 要	
入所を希望する助産施設又は母子生活支援施設の名称			入所希望年月日	年 月 日		

を

申込者の住所		居住期間			年 月	
入所を希望する者	氏 名	個人番号	続柄	生年月日	職業又は勤務先	摘 要
入所を希望する助産施設又は母子生活支援施設の名称			入所希望年月日	年 月 日		

を

改める。

(石川県里親規則の一部改正)

第七条 石川県里親規則 (昭和六十三年石川県規則第八号) の一部を次のように改正する。

別記様式第一号 (表) 中

ふりがな氏名	里 父	里 母
	生年月日 年 月 日 ( 歳)	生年月日 年 月 日 ( 歳)
職 業		

せ

ふりがな氏名	里 父	里 母
	生年月日 年 月 日 ( 歳)	生年月日 年 月 日 ( 歳)
個人番号		
職 業		

こ

里親と起居を ともにする者	氏 名	生年月日	性別	続き柄	健康状態	職業	備考
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					

せ

里親と起居を ともにする者	氏 名	個人番号	生年月日	性別	続柄	健康状態	職業
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				
			年 月 日				

に改め

る。

認認認認認11号 (概) 母

氏名	里 父	里 母
	生年月日 年 月 日 ( 歳)	生年月日 年 月 日 ( 歳)
職 業		

せ

氏名	里 父	里 母
	生年月日 年 月 日 ( 歳)	生年月日 年 月 日 ( 歳)
個人番号		
職 業		

こ

氏 名

氏 名
個 人 番 号


を


に、「続き柄」を「続柄」に改める。

附 則

- 1 この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。
- 2 この規則による改正前のそれぞれの規則の規定に基づいて作成した用紙は、なお当分の間、所要の調整をして使用することができる。