

毎週月、水、金曜日発行

# 富 山 県 報

平成27年12月28日

月 曜 日

号 外(3)

## 目 次

### 規 則

○富山県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の一部を改正する規則

1

## 規 則

富山県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の一部を改正する規則を次のように定め、公布する。

平成27年12月28日

富山県知事 石 井 隆 一

### 富山県規則第64号

富山県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の一部を改正する規則

富山県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（平成18年富山県規則第66号）の一部を次のように改正する。

第 2 条第21号中「様式第21号」を「様式第22号」に改め、同号を同条第22号とし、同条第20号中「様式第20号」を「様式第21号」に改め、同号を同条第21号とし、同条第19号中「様式第19号」を「様式第20号」に改め、同号を同条第20号とし、同条第18号中「様式第18号」を「様式第19号」に改め、同号を同条第19号とし、同条第17号中「様式第17号」を「様式第18号」に改め、同号を同条第18号とし、同条第16号中「様式第16号」を「様式第17号」に改め、同号を同条第17号とし、同条第15号の次に次の1号を加える。

- (16) 省令第63条第 1 号の規定による休止、廃止又は再開の届出書 指定自立支援医療機関休止（廃止、再開）届（様式第16号）

第 6 条中「様式第 22 号」を「様式第 23 号」に改める。

様式第 5 号中

障 害 者 ・ 児	フリガナ 受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所				電話番号			
受診 者か 18 歳未 満の	フリガナ 保護者氏名				受診者との 関係			
	フリガナ 保護者住所 ※2				電話番号 ※2			
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 ※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				

を

障 害 者 ・ 児	フリガナ 受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日		
	フリガナ 受診者住所				電話番号			
受診 者か 18 歳未 満の 場合	フリガナ 保護者氏名				受診者との 関係			
	フリガナ 保護者住所 ※2				電話番号 ※2			
	保護者個人番号							
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							
	受診者と同一保険 の加入者個人番号							
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					

に、

受給者番号 ※5	
----------	--

を

受給者番号 ※5	
----------	--

に、

所得確認書類	市町村民税課税証明書 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税非課税証明書 その他収入等を証明する書類 ( )	標準負担額減額認定証
--------	----------------------------	----------------------------------	------------

を

所得確認方法	個人番号 生活保護受給世帯の証明書	市町村民税課税証明書 その他収入等を証明する書類 ( )	市町村民税非課税証明書	標準負担額減額認定証
--------	----------------------	---------------------------------	-------------	------------

に改める。

様式第 9 号中

受診者	フリガナ			性別	生年月日
	氏名			男・女	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	フリガナ				
	住所				
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること。)	フリガナ			続柄	
	氏名				
	フリガナ				
	住所				
自立支援医療費受給者番号					

を

受診者	フリガナ			性別	生年月日
	氏名			男・女	年 月 日
	フリガナ				
	住所				
	個人番号				
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること。)	フリガナ			続柄	
	氏名				
	フリガナ				
	住所				
	個人番号				
自立支援医療費受給者番号					

に、

「※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続への該当又は非該当の別）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、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書に記載すること。」

を

「備考

1 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続への該当又は非該当の別）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、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書に記載すること。

2 届出者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。」

に改める。

様式第10号を次のように改める。

## 様式第10号（第2条関係）

自立支援医療（精神通院）受給者証再交付申請書				
受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	フリガナ		電話番号	
	住所			
	個人番号			
保護者（受診者が18歳未満の場合に記入すること。）	フリガナ		続柄	
	氏名			
	フリガナ		電話番号	
	住所			
	個人番号			
自立支援医療費受給者番号				
自立支援医療（精神通院）受給者証について、次の理由により再交付を受けたいので申請します。				
理由	破損 ・ 汚損 ・ 紛失			
	年	月	日	
			申請者氏名	印
富山県知事 殿				

## 備考

- 1 破損又は汚損をしたため再交付を申請する場合は、破損又は汚損をした自立支援医療受給者証を添付すること。
- 2 保護者の住所及び電話番号は、受診者本人と異なる場合に記入すること。
- 3 理由は、該当するものを○で囲むこと。
- 4 申請者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。

様式第15号中

「1 医療機関等

(1) 名称

(2) 所在地

(3) 辞退しようとする医療の種類（育成医療又は更生医療の指定に限る。）

2 辞退の理由

3 辞退年月日

年 月 日

」

を

「1 指定を受けている自立支援医療の種類

育成医療・更生医療

精神通院医療

2 医療機関等

(1) 名称

(2) 所在地

(3) 辞退しようとする医療の種類（育成医療又は更生医療の指定に限る。）

3 辞退の理由

4 辞退年月日

年 月 日

」

---

---

に改め、同様式備考 2 を同様式備考 3 とし、同様式備考 1 の次に次のように加える。

- 2 「指定を受けている自立支援医療の種類」については、該当するものを  
○で囲み、育成医療又は更生医療について単独で指定を受けている場合は、  
「育成医療・更生医療」のうち、指定を受けていない医療部分を二重線等  
で消去すること。

様式第 22 号を様式第 23 号とし、様式第 16 号から様式第 21 号までを 1 様式ずつ繰り  
下げ、様式第 15 号の次に次の 1 様式を加える。

## 様式第16号（第2条関係）

指定自立支援医療機関休止（廃止、再開）届

年 月 日

富山県知事 殿

指定医療機関開設者

住所

氏名

印

指定自立支援医療機関を休止（廃止、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施行規則第63条第1号の規定により届け出ます。

## 1 指定を受けている自立支援医療の種類

育成医療・更生医療

精神通院医療

## 2 医療機関等

(1) 名称

(2) 所在地

(3) 休止（廃止、再開）した医療の種類（育成医療又は更生医療の指定に限る。）

## 3 休止又は廃止した場合は、その理由

4 休止（廃止、再開）した年月日 年 月 日

## 5 休止予定期間

年 月 日から 年 月 日まで

## 備考

1 「指定を受けている自立支援医療の種類」については、該当するものを○で囲み、育成医療又は更生医療について単独で指定を受けている場合は、「育成医療・更生医療」のうち、指定を受けていない医療部分を二重線等で消去すること。

2 届出者（法人にあっては、その代表者）が自署する場合は、押印を省略することができる。



**附 則**

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、様式第 5 号、様式第 9 号及び様式第 10 号の改正規定は、平成 28 年 1 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の富山県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に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

(健 康 課)

---

