

福井県報

号外第28号
平成21年
3月31日(火)
火・金曜日 発行
1月1,750円郵送料共

目次

規則

規 則

- ※障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則(二一・障害福祉課) ……一
- ※児童福祉法第五十六条の規定に基づく費用の徴収等に関する規則の一部を改正する規則(二二・子ども家庭課) ……四
- ※里親委託等取扱規則の一部を改正する規則(二三・同) ……四

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則を公布する。

平成二十一年三月三十一日

福井県知事 西川 一誠

福井県規則第二十一号

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(平成十八年福井県規則第四十一号)の一部を次のように改正する。

第六条中「自立支援医療費(育成医療・精神通院医療)支給認定申請書(新規・変更)(様式第四号)」を「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)(様式第四号)または自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)(様式第四号の二)」に改める。

様式第四号を次のように改める。

様式第4号(第6条関係)

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)※1									
フリガナ		性別		年齢		歳		生年月日	
受診者氏名	フリガナ	性別	男・女	年齢	歳	大正	昭和	平成	年月日
受診者住所	フリガナ	電話番号		受診者との関係					
フリガナ	フリガナ	電話番号		電話番号					
保護者氏名	フリガナ	電話番号		電話番号					
保護者住所	フリガナ	電話番号		電話番号					
受診者の被保険者の住所別世帯番号	受診者の加入者該当する所得区分※3	精神障害者保健福祉手帳番号	医療機関名	所在地	電話番号				
受給者番号※5	有	無	診断書の添付	有	無				
私は、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 平成 年 月 日 印 ※6									
福井県知事 様									
※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○をする。変更の場合、受診者の欄および変更のある事項のみ記入する。									
※2 受診者本人と異なる場合に記入する。									
※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。									
※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。									
※5 再認定または変更の方のみ記入する。									
※6 申請者氏名については、申請者押印または自筆による署名のいずれかとする。									
自治体記入欄									
申請受付年月日	進捗年月日	認定年月日	重要かつ継続	該当	非該当				
前回の所得区分	生保	低1	低2	中間1	中間2	一定以上	重要かつ継続	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	重要かつ継続	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				
前回の受給者番号	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						
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)								
備考									

様式第四号の次に次の二様式を加える。

様式第四号の2 (第6条関係)

様式第七号付表一―一五の次に次の二表を加える。

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) ※1				生年月日											
フリガナ	受診者氏名	性別	男・女	年齢	歳	平成	年	月	日						
フリガナ	受診者住所			電話番号											
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			電話番号 ※2											
受診者の納税証明 の番号及び番号	受診者 の加入者	保険者 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
受診者希望する指定自立 支援医療機関(薬局・訪問 看護事業者を含む)															
受給者番号 ※5															
私は、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	印 ※6														
平成	年	月	日												
福井県知事 様															
※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○をする。変更の場合、 受診者の欄および変更のある事項のみ記入する。 ※2 受診者本人と異なる場合に記入する。 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。 ※5 再認定または変更の方のみ記入する。 ※6 申請者氏名については、申請者押印または自筆による署名のいずれかとする。 ----- ここから下の欄には記入しないでください。 ----- -----															
保健所記入欄															
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	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	市町村民税課税証明書 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	経由保健所名	今回の受給者番号	保険者証確認												

(付表1-6)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書 (主たる医師)

医療機関名	期 間	症例数	主たる担当 医師名	実施医療機関名等	備 考
	年 月 月 ~ 年 月 月			心臓移植後の抗免疫療法	病院 病院 HIP (国 名)
	年 月 月 ~ 年 月 月			心臓移植術	病院 HIP (国 名)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名 印

備考

- 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
- 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載してください。
- 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近からさかのぼって記載してください。また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術および心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えありません。
- 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関等を記載してください。なお、実施した医療機関については国内に限定するものではありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載してください。
- 心臓移植術の経験がある場合は、心臓移植術についても記載してください。

(付表1-7)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書 (連携機関の医師)

連携する 医療機関名	期 間	症例数	連携する 医師名	実施医療機関名等	備 考
	年 月 月 ~ 年 月 月			心臓移植術	病院 HIP (国 名)
	年 月 月 ~ 年 月 月			心臓移植術後の抗免疫療法	病院 HIP (国 名)
	年 月 日			連携する医師の経歴書	生年月日 学位
				師事した指導者名、学位論文名または学会論文名	

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名 印

備考

- 「医療機関名」欄には、正式名称を記載してください。
- 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載してください。
- 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術または心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時からさかのぼって記載してください。また、実施した医療機関については国内に限定するものではありませんが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載してください。

「 養育里親 親族里親 短期里親 専門里親 」

「 養育里親 専門里親 養子縁組里親 親族里親 」

同居の家族の状況
 同居の状況
 氏名

上記のとおり申請します。
 年 月 日
 福井県知事 様
 氏名

「 養育里親研修終了(見込み)年月日 年 月 日
 養育里親名簿に登録されたことのある都道府県名
 専門里親の資格要件該当事由
 専門里親研修終了(見込み)年月日 年 月 日
 上記のとおり申請します。
 年 月 日
 福井県知事 様
 氏名

「 11 「同居の家族の状況」欄には、同居人(学生等で下宿している者を含む。)も記入すること。
 12 この申請書には、里親希望者およびその同居の家族の履歴書ならびに里親希望者の居住する家屋の平面図を添付すること。」

「 11 「同居人の状況」欄には、同居の家族のほか学生等で下宿している者も記入すること。
 12 「養育里親研修終了(見込み)年月日」、「養育里親名簿に登録されたことのある都道府県名」の各欄は、養育里親(専門里親を含む。)を希望する場合に記入すること。
 13 「専門里親の資格要件該当事由」「専門里親研修終了(見込み)年月日」の各欄は、専門里親を希望する場合に記入すること。
 14 この申請書には、里親希望者およびその同居の家族の履歴書、里親希望者の居住する家屋の平面図および養育里親研修(専門里親を希望する場合は、専門里親研修を含む。)を修了していることを証する書類を添付すること。」

「 11 「同居の家族の状況」欄には、同居の家族のほか学生等で下宿している者も記入すること。
 12 この申請書には、里親希望者およびその同居の家族の履歴書ならびに里親希望者の居住する家屋の平面図を添付すること。」

様式第2号(第3条関係)

第 号
年 月 日

様

福井県知事 印

里親名簿登録決定通知書

年 月 日に申請があった里親希望については、下記のとおり

養育 親子縁組 親族	里親
------------------	----

名簿に登録することを決定しましたので通知します。

記

里父	
里母	
住所	
里親の登録の種類	養育里親 専門里親 養子縁組里親 親族里親
認定年月日	年 月 日

様式第3号(第3条関係)

第 号
年 月 日

様

福井県知事 印

里親名簿登録否決通知書

年 月 日に申請があった里親名簿登録申請については、審査の結果、下記の理由により

養育 親子縁組 親族	里親名簿に登録しないことに決定したので通知します。
------------------	---------------------------

里親名簿に登録しないことに決定したので通知します。

記

里父	
里母	
住所	
名簿に登録しない里親の種類	養育里親 専門里親 養子縁組里親 親族里親
登録できない理由	

(備考)

- この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、福井県知事に対して異議申立てをすることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福井県を被告として提起しなければなりません。この場合において、福井県を代表する者は福井県知事となります。
- 1の異議申立てをした場合のこの処分の取消しの訴えは、2にかかわらず、その異議申立てに対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければなりません。

様式第4号(第4条関係)

福井県知事 様

年 月 日

申請者 住所

氏名

里親欠格事由該当等届出書

児童福祉法施行規則第36条の39第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

里親の種類	養育里親	専門里親	養子縁組里親	親族里親
里父	氏名			
	生年月日		年 月 日	
里母	氏名			
	生年月日		年 月 日	
届出の内容	1 里親の死亡 (死亡した者の氏名)			
	2 児童福祉法第34条の15第1項に該当			
	3 児童福祉法第34条の15第2号に該当			
	4 児童福祉法第34条の15第3号に該当			
	5 児童福祉法第34条の15第4号に該当			

注 「里親の種類」の欄および「届出の内容」の欄は、該当するものを○で囲むこと。

様式第5号(第5条関係)

福井県知事 様

年 月 日

届出者 住所

氏名

里親名簿登録事項変更届

里親名簿の登録事項について変更が生じたので、下記のとおり届け出ます。

記

里親の氏名	里父	登録番号	登録年月日	年 月 日
	里母			
変更の内容				

福井県知事 様

申請者 住所 氏名

里親名簿登録削除申請書

下記のとおり里親名簿登録の削除を申請します。

記

里親の種類	養育里親	専門里親	養子縁組里親	親族里親
里父	氏名	生年月日	年 月 日	
里母	氏名	生年月日	年 月 日	
登録の削除を申請する理由				

注 「里親の種類」の欄は、該当するものを○で囲むこと。

第 号
年 月 日

様

福井県知事 印

里親名簿登録削除通知書

下記の里親登録については、児童福祉法施行規則第 3 6 条の規定により削除することとしたので通知します。

記

登録番号	
里親名	
住所	
削除する里親の種類	養育里親 専門里親 養子縁組里親 親族里親
削除年月日	年 月 日
削除の理由	

様式第十号を様式第十三号とし、様式第九号の二を様式第十二号とし、様式第九号を様式第十一号とし、様式第八号を様式第十号とし、様式第七号の次に次の二様式を加える。

様式第8号(第8条関係)

福井県知事

様

年 月 日

申請者 住所

氏名

里親名簿登録更新申請書

里親の登録の更新を受けたいので下記のとおり申請します。

記

里親の種類	養育里親	専門里親	養子縁組里親	親族里親
里父	氏名			
	生年月日			年 月 日
里母	氏名			
	生年月日			年 月 日
登録番号 登録年月日	登録番号 (年 月 日)			
更新研修修了(見込み) 年月日	年 月 日			

注 「里親の種類」の欄は、該当するものを○で囲むこと。

様式第9号(第9条関係)

福井県知事

様

年 月 日

届出者 住所
氏名

受託児童養育継続困難届

受託した児童の養育を継続することが困難になったので、下記のとおり届け出ます。

記

委託児童氏名	
養育継続が困難となった理由	

附 則

この規則は、平成二十一年四月一日から施行する。

平成二十一年三月三十一日印
平成二十一年三月三十一日発

刷 行

発行人 千九一〇一八五八〇
印刷人 千九一九一〇四八二

福井県福井市大手三丁目一七番一号 福井県
福井県坂井市春江町中庄六一―一三二 (株)エクシード

☎ 五五六七八番