

石川県公報

平成 25 年 3 月 27 日 (水曜日)

号 外

(第 27 号)

目 次

規 則

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則
(障害保健福祉課) 1

規 則

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十五年三月二十七日

石川県知事 谷 本 正 憲

石川県規則第十七号

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(平成十八年石川県規則第三十四号)の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

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

第一条中「障害者自立支援法」を「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、「障害者自立支援法施行令」を「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」に、「障害者自立支援法施行規則」を「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」に改める。

第五条を次のように改める。

第五条 削除

第六条中「副記様式第四号(その三)」を「副記様式第四号(その六)」に改める。

第七条の次に次の一条を加える。

(指定の辞退)

第七条の二 法第六十五条の規定による指定の辞退申出は、副記様式第六号(その一)から副記様式第六号(その三)までにより行われるとする。

副記様式第一号中「障害者自立支援法第36条第1項」を「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36条第1項」に、「指定等を受けようとする事業所・施設」を

「指定等を受けようとする事業所・施設の種類」に、「指定等申請をする事業の開始予定年月日」を

「指定申請をする事業等の事業開始予定年月日」に、

「

備 考
障害者自立支援法その他の法律の規定により、既に事業等の指定等を受けている場合は、別紙により、その事業所(施設)番号等を記載してください。

」を

施行規則」 ㊦「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規則」 ㊦㊦㊦㊦

㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦「障害者自立支援法」 ㊦「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」 ㊦㊦㊦㊦

㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦「指定自立支援医療機関（病院又は診療所）指定（指定の更新）申請書」 ㊦「指定自立支援医療機関＜指定＞申請書（病院又は診療所）」 ㊦「障害者自立支援法第54条第2項（第60条第1項）」 ㊦「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54条第2項」 ㊦「の指定（指定の更新）」 ㊦「の指定」

㊦「 担当しようとする医療の種類 」 ㊦「 担当しようとする医療の種類（育成医療又は更生医療に限る。） 」 ㊦

㊦「 患者を収容する施設の有無及びその収容定員（育成医療又は更生医療を行う診療所に限る。） 有・無 人 」 ㊦

㊦「 自立支援医療を行うための入院設備の定員（育成医療又は更生医療を行う診療所に限る。） 有（ 人 ）・無 」 ㊦
㊦「 役員の氏名、生年月日及び住所 」 ㊦

㊦㊦㊦㊦

㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦「指定自立支援医療機関（薬局）指定（指定の更新）申請書」 ㊦「指定自立支援医療機関＜指定＞申請書（薬局）」 ㊦「障害者自立支援法第54条第2項（第60条第1項）」 ㊦「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54条第2項」 ㊦「の指定（指定の更新）」 ㊦「の指定」 ㊦

㊦「 薬剤師の氏名及び経歴 」 ㊦

㊦「 薬剤師の氏名及び経歴 」 ㊦
㊦「 役員の氏名、生年月日及び住所 」 ㊦

㊦㊦㊦㊦

㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦㊦「指定自立支援医療機関（指定訪問看護事業者等）指定（指定の更新）申請書」 ㊦「指定自立支援医療機関＜指定＞申請書（指定訪問看護事業者等）」 ㊦

「申請者
主たる事務所の所在地 ㊦
名称及び代表者の氏名 ㊦」
「申請者（指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者）
住所
（主たる事務所の所在地） ㊦「障害者自立支援法第54条第2項（第60条第1項）」
氏名 ㊦
（名称及び代表者の氏名） 」

㊦「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54条第2項」 ㊦「の指定（指定の更新）」 ㊦

「の指定」 ㊦「 指定居宅サービスに従事する職員の定数 」 ㊦「 職員の定数 」 ㊦

㊦「 担当しようとする自立支援医療の種類 1 育成医療と更生医療 3 育成医療のみ 2 精神通院医療 4 更生医療のみ 」 ㊦

㊦「 担当しようとする自立支援医療の種類 1 育成医療と更生医療 3 育成医療のみ 2 精神通院医療 4 更生医療のみ 」 ㊦
㊦「 役員の氏名、生年月日及び住所 」 ㊦

㊦㊦㊦㊦

石川県知事 (〒930) 石川県庁 (〒930)

別記様式第 4 号 (その 4) (第 6 条関係)

指定自立支援医療機関指定 <更新> 申請書 (病院又は診療所)

年 月 日

石川県知事 様

申請者 (開設者)

住所

(主たる事務所の所在地)

氏名

印

(名称及び代表者の氏名)

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 60 条第 1 項の規定により、指定自立支援医療機関の指定を更新したいので、関係書類を添えて申請します。

保険医療機関 (病院・診療所)	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
標ぼうしている診療科目		
担 当 し よ う と す る 自 立 支 援 医 療 の 種 類	1 育成医療と更生医療	3 育成医療のみ
	2 精神通院医療	4 更生医療のみ
担 当 し よ う と す る 医 療 の 種 類 (育成医療又は更生医療に限る。)	1 眼科に関する医療	9 心臓移植に関する医療
	2 耳鼻咽喉科に関する医療	10 腎臓に関する医療
	3 口腔に関する医療	11 腎移植に関する医療
	4 整形外科に関する医療	12 小腸に関する医療
	5 形成外科に関する医療	13 肝臓移植に関する医療
	6 中枢神経に関する医療	14 歯科矯正に関する医療
	7 脳神経外科に関する医療	15 免疫に関する医療
	8 心臓脈管外科に関する医療	16 その他 ()
主として担当する医師 又は歯科医師の氏名		
自立支援医療を行うために 必要な体制及び設備の変更の有無 (育成医療又は更生医療に限る。)	有 ・ 無 直近の指定の申請 (変更届出を含む。) から変更があった場合は、 変更後の書類をこの申請書に添付してください。	
自立支援医療を行うための 入 院 設 備 の 定 員 (育成医療又は更生医療を 行う診療所に限る。)	有 () 人 ・ 無	
役員の氏名、生年月日及び 住 所 の 変 更 の 有 無	有 ・ 無 直近の指定の申請 (変更届出を含む。) から変更があった場合は、 変更後の書類をこの申請書に添付してください。	

備考

- この申請書には、担当しようとする自立支援医療の種類ごとに、知事が別に定める書類を添付してください。
- 「標ぼうしている診療科名」欄は、標ぼうしている診療科名が多数あるときは、担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるもののみを記載してください。
- 「担当しようとする自立支援医療の種類」欄は、希望する医療の番号 1 つを 印で囲んでください。
- 「担当しようとする医療の種類」欄は、希望する医療の番号を 印で囲んでください。
- 「保険医療機関」、「開設者」、「標ぼうしている診療科名」及び「主として担当する医師又は歯科医師の氏名」欄について、直近の指定の申請 (変更届出を含む。) から変更があった場合は、別途「変更届出書」を提出してください。

別記様式第 4 号 (その 5) (第 6 条関係)

指定自立支援医療機関指定 <更新> 申請書 (薬局)

年 月 日

石川県知事 様

申請者 (開設者)

住所

(主たる事務所の所在地)

氏名



(名称及び代表者の氏名)

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60条第1項の規定により、指定自立支援医療機関の指定を更新したいので、関係書類を添えて申請します。

保 険 薬 局	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
担 当 し よ う と す る 自 立 支 援 医 療 の 種 類	1 育成医療と更生医療 2 精神通院医療	3 育成医療のみ 4 更生医療のみ
薬 剤 師 の 氏 名		
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 変 更 の 有 無 (育成医療又は更生医療に限る。)	有 ・ 無 直近の指定の申請 (変更届出を含む。) から変更があった場合は、 変更後の書類をこの申請書に添付してください。	
役員の氏名、生年月日及び 住 所 の 変 更 の 有 無	有 ・ 無 直近の指定の申請 (変更届出を含む。) から変更があった場合は、 変更後の書類をこの申請書に添付してください。	

備考

- この申請書には、知事が別に定める書類を添付してください。
- 「担当しようとする自立支援医療の種類」欄は、希望する医療の番号1つを 印で囲んでください。
- 「保険薬局」、「開設者」及び「薬剤師の氏名」欄について、直近の指定の申請 (変更届出を含む。) から変更があった場合は、別途「変更届出書」を提出してください。

別記様式第 4 号 (その 6) (第 6 条関係)

指定自立支援医療機関指定 < 更新 > 申請書 (指定訪問看護事業者等)

年 月 日

石川県知事 様

申請者 (指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者)

住所

(主たる事務所の所在地)

氏名

印

(名称及び代表者の氏名)

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 60 条第 1 項の規定により、指定自立支援医療機関の指定を更新したいので、関係書類を添えて申請します。

指定訪問看護事業者・ 指定居宅サービス事業者	名 称	
	主たる事務所の所在地	
訪問看護ステーション等	名 称	
	所 在 地	
	職員の定数の変更の有無	有 (人) ・ 無
担当しようとする 自立支援医療の種類	1 育成医療と更生医療 3 育成医療のみ 2 精神通院医療 4 更生医療のみ	
役員の氏名、生年月日及び 住所の変更の有無	有 ・ 無 直近の指定の申請 (変更届出を含む。) から変更があった場合は、変更後の書類をこの申請書に添付してください。	

備考

- この申請書には、知事が別に定める書類を添付してください。
- 「担当しようとする自立支援医療の種類」欄は、希望する医療の番号を 1 つ 印で囲んでください。
- 「指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者」及び「訪問看護ステーション等」欄 (名称及び所在地) について、直近の指定の申請 (変更届出を含む。) から変更があった場合は、別途「変更届出書」を提出してください。

石川県知事 (〒921) 及び石川県立病院 (〒921) 並びに石川県立病院
別記様式第 5 号 (その 1) (第 7 条関係)

指定自立支援医療機関 < 変更 > 届出書 (病院又は診療所)

年 月 日

石川県知事 様

届出者
住所
(主たる事務所の所在地)
氏名 (印)
(名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関の指定に係る事項を変更しましたので、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第 64 条の規定により、次のとおり届け出ます。

保 険 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
	自 立 支 援 医 療 の 種 類	1 育成医療と更生医療 3 育成医療のみ 2 精神通院医療 4 更生医療のみ
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容
1 保険医療機関の名称又は所在地	(変更前)	
2 開設者の住所、氏名・名称、生年月日又は職名		
3 標ぼうしている診療科目		
4 主として担当する 医師又は歯科医師の氏名及び経歴	(変更後)	
5 自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要		
6 自立支援医療を行うための入院設備の定員		
7 役員の氏名、生年月日又は住所		
変 更 年 月 日		年 月 日

備考

- この届出書には、変更があった事項ごとに知事が別に定める書類を添付してください。
- 「自立支援医療の種類」及び「変更があった事項」欄は、該当する番号を 印で囲んでください。

別記様式第 5 号 (その 2) (第 7 条関係)

指定自立支援医療機関 < 変更 > 届出書 (薬局)

年 月 日

石川県知事 様

届出者

住所

(主たる事務所の所在地)

氏名



(名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関の指定に係る事項を変更しましたので、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第 64 条の規定により次のとおり届け出ます。

保 険 薬 局	名 称	
	所 在 地	
	自 立 支 援 医 療 の 種 類	1 育成医療と更生医療 3 育成医療のみ 2 精神通院医療 4 更生医療のみ
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容
1	保険薬局の名称又は所在地	(変更前)
2	開設者の住所、氏名・名称、生年月日又は職名	(変更後)
3	薬剤師の氏名及び経歴	
4	調剤のために必要な設備及び施設の概要	
5	役員の氏名、生年月日又は住所	
変 更 年 月 日		年 月 日

備考

- 1 この届出書には、変更があった事項ごとに知事が別に定める書類を添付してください。
- 2 「自立支援医療の種類」及び「変更があった事項」欄は、該当する番号を 印で囲んでください。

別記様式第 5 号 (その 3) (第 7 条関係)

指定自立支援医療機関 < 変更 > 届出書 (指定訪問看護事業者等)

年 月 日

石川県知事 様

届出者 (指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者)

住所

(主たる事務所の所在地)

氏名



(名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関の指定に係る事項を変更しましたので、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第 64 条の規定により次のとおり届け出ます。

訪問看護ステーション等	名 称	
	所 在 地	
	自 立 支 援 医 療 の 種 類	1 育成医療と更生医療 3 育成医療のみ 2 精神通院医療 4 更生医療のみ
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容
1	事業者の名称又は主たる事務所の所在地	(変更前)
2	訪問看護ステーション等の名称又は所在地	
3	職員の定数	(変更後)
4	役員の氏名、生年月日又は住所	
5	その他の事項	
変 更 年 月 日		年 月 日

備考

- 1 この届出書には、変更があった事項ごとに知事が別に定める書類を添付してください。
- 2 「自立支援医療の種類」及び「変更があった事項」欄は、該当する番号を 印で囲んでください。

石川県の保健医療関係

別記様式第 6 号 (その 1) (第 7 条の 2 関係)

指定自立支援医療機関指定 < 辞退 > 申出書 (病院又は診療所)

年 月 日

石川県知事 様

申出者 (開設者)

住所

(主たる事務所の所在地)

氏名



(名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、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第 65 条の規定により申し出ます。

保 険 医 療 機 関	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は 名 称	
辞 退 す る 自 立 支 援 医 療 の 種 類	1 育成医療と更生医療 2 精神通院医療	3 育成医療のみ 4 更生医療のみ
辞退する担当医療の種類 (育成医療又は更生医療に限る。)		
辞 退 年 月 日		
辞 退 す る 理 由		

備考

- 「辞退する自立支援医療の種類」欄は、該当する番号を 印で囲んでください。
- 精神通院医療の申出については、「辞退する担当医療の種類」欄は記載不要です。

別記様式第 6 号 (その 2) (第 7 条の 2 関係)

指定自立支援医療機関指定 < 辞退 > 申出書 (薬局)

年 月 日

石川県知事 様

申出者 (開設者)

住所

(主たる事務所の所在地)

氏名



(名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、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第65条の規定により申し出ます。

保 険 薬 局	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は 名 称	
辞 退 す る 自 立 支 援 医 療 の 種 類	1 育成医療と更生医療 2 精神通院医療	3 育成医療のみ 4 更生医療のみ
辞 退 年 月 日		
辞 退 す る 理 由		

備考 「辞退する自立支援医療の種類」欄は、該当する番号を 印で囲んでください。

別記様式第 6 号 (その 3) (第 7 条の 2 関係)

指定自立支援医療機関指定 < 辞退 > 申出書 (指定訪問看護事業者等)

年 月 日

石川県知事 様

申出者 (開設者)

住所

(主たる事務所の所在地)

氏名

印

(名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、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第 65 条の規定により申し出ます。

指定訪問看護事業者・指定居宅サービス事業者	名 称	
	所 在 地	
訪 問 看 護 ステーション等	名 称	
	所 在 地	
辞 退 す る 自 立 支 援 医 療 の 種 類	1 育成医療と更生医療 2 精神通院医療	3 育成医療のみ 4 更生医療のみ
辞 退 年 月 日		
辞 退 す る 理 由		

備考 「辞退する自立支援医療の種類」欄は、該当する番号を 印で囲んでください。

密 記

石川県のホームページに掲載されています。