

# 熊本県公報

号外 第22号の8  
平成18年3月31日(金)  
(毎週 月・水・金発行)

## 目 次

- 規 則**
- 地方公営企業法第39条第2項の規定に基づき知事が定める職に関する規則の一部を改正する規則……………(企業局総務課) 1
  - 熊本県障害者自立支援法施行細則……………(障害者支援総室) 1
  - 障害者自立支援法等に基づく指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則……………( " ) 40
  - 熊本県災害救助法施行細則の一部を改正する規則……………(健康危機管理課) 65
  - 熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の一部を改正する規則……………(福祉のまちづくり課) 65

## 規 則

地方公営企業法第39条第2項の規定に基づき知事が定める職に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。  
平成18年3月31日

熊本県知事 潮 谷 義 子

### 熊本県規則第41号

地方公営企業法第39条第2項の規定に基づき知事が定める職に関する規則の一部を改正する規則

地方公営企業法第39条第2項の規定に基づき知事が定める職に関する規則(昭和40年熊本県規則第62号)の一部を次のように改正する。

本則第1号を次のように改める。

- (1) 局長、総括審議員、次長、技師長、首席企業審議員、本庁の課長、政策調整審議員、企業審議員、室長、課長補佐及び局付

本則中第2号を削り、第3号を第2号とし、本則第4号中「ダム管理事務所」を「都呂々ダム管理事務所」に改め、同号を本則第3号とする。

#### 附 則

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

熊本県障害者自立支援法施行細則をここに公布する。  
平成18年3月31日

熊本県知事 潮 谷 義 子

### 熊本県規則第42号

熊本県障害者自立支援法施行細則

(趣旨)

第1条 この規則は、障害者自立支援法(平成17年法律第123号。以下「法」という。)の施行に関し、障害者自立支援法施行令(平成18年政令第10号。以下「政令」という。)及び障害者自立支援法施行規則(平成18年厚生労働省令第19号。以下「施行規則」という。)に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(育成医療に係る支給認定の申請等)

第2条 政令第1条第1号に規定する育成医療(以下「育成医療」という。)に係る法第53条第1項の規定による支給認定の申請は、自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(別記第1号様式)により、同条第2項に規定する居住地の市町村を管轄する熊本県保健所長(以下「保健所長」という。)を経由して行うものとする。

2 前項の申請に係る施行規則第35条第2項第1号の医師の意見書は、自立支援医療(育成医療)意見書(別記第2号様式)によるものとする。

3 第1項の申請をする場合において、治療用補装具の交付を受けようとする者は、施行規則第35条及び第1項に定めるもののほか、治療用補装具交付申請書(別記第3号様式)に治療用補装具交付意見書(別記第4号様式)を添付して、提出するものとする。

(精神通院医療に係る支給認定の申請等)

第3条 政令第1条第3号に規定する精神通院医療(以下「精神通院医療」という。)に係る法第53条第1項の規定による支給認定の申請は、自立支援医療費(精神通院医療)支

- 給認定申請書（別記第5号様式）によるものとする。
- 2 前項の申請に係る施行規則第35条第2項第1号の医師の意見書は、自立支援医療（精神通院医療）意見書（別記第6号様式）によるものとする。  
（育成医療に係る支給内容の変更の届出）
- 第4条 育成医療に係る政令第32条第1項の規定による申請内容の変更の届出は、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療）（別記第7号様式）により、保健所長を経由して行うものとする。  
（精神通院医療に係る支給内容の変更の届出）
- 第5条 精神通院医療に係る政令第32条第1項の規定による申請内容の変更の届出は、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）（別記第8号様式）によるものとする。  
（育成医療及び更生医療に係る指定自立支援医療機関の申請等）
- 第6条 法第59条第1項に規定する指定自立支援医療機関（育成医療及び政令第1条第2号に規定する更生医療に係るものに限る。以下この条において同じ。）の申請は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定申請書（別記第9号様式）により行うものとする。
- 2 法第64条に規定する指定自立支援医療機関の変更の届出は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）届出事項変更届出書（別記第10号様式）により行うものとする。
- 3 法第65条に規定する指定自立支援医療機関の指定の辞退は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定辞退届出書（別記第11号様式）により行うものとする。  
（精神通院医療に係る指定自立支援医療機関の申請等）
- 第7条 法第59条第1項に規定する指定自立支援医療機関（精神通院医療に係るものに限る。以下この条において同じ。）の申請は、指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（別記第12号様式）により行うものとする。
- 2 法第64条に規定する指定自立支援医療機関の変更の届出は、指定自立支援医療機関（精神通院医療）届出事項変更届出書（別記第13号様式）により行うものとする。
- 3 法第65条に規定する指定自立支援医療機関の指定の辞退は、指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定辞退届出書（別記第14号様式）により行うものとする。  
（雑則）
- 第8条 この規則に定めるもののほか、障害者自立支援法の施行に関し必要な事項は、知事が別に定める。
- 附 則  
（施行期日）
- 1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。  
（熊本県児童福祉法施行細則の一部改正）
- 2 熊本県児童福祉法施行細則（昭和43年熊本県規則第34号）の一部を次のように改正する。  
第4条を次のように改める。  
第4条 削除  
第6条第1項中「保健所長」を「熊本県保健所長（以下「保健所長」という。）」に改め、同項第2号中「その扶養義務者に係る世帯調書及びその関係証明書」を「その扶養義務者（民法（明治29年法律第89号）に定める扶養義務者をいう。）に係る世帯調書（別記第2号様式）及びその関係証明書（別記第3号様式）」に改める。  
第11条第1項中「法第20条」を削り、「第21条の9の2」を「第21条の9の6」に改める。  
別表第1を次のように改める。

別表第1(第11条関係)

療育の給付の徴収基準額表

階層	世帯の階層(細)区分	徴収基準月額 (単位:円)	加算基準月額 (単位:円)	
A階層	生活保護法による被保護世帯(単給世帯を含む。)	0	0	
B階層	A階層を除き当該年度分の市町村民税非課税世帯	2,200	220	
C階層	A階層及びD階層を除き当該年度分の市町村民税の課税世帯であって、その市町村民税の額の区分が次の区分に該当する世帯 均等割の額のみ (所得割の額のない世帯) C1階層	4,500	450	
	所得割の額のある世帯 C2階層	5,800	580	
D階層	A階層及びB階層を除き前年分の所得税課税世帯であって、その所得税の額の区分が次の区分に該当する世帯	所得税の年額 4,800円以下 D1階層	6,900	690
		4,801 ~ 9,600円 D2	7,600	760
		9,601 ~ 16,800円 D3	8,500	850
		16,801 ~ 24,000円 D4	9,400	940
		24,001 ~ 32,400円 D5	11,000	1,100
		32,401 ~ 42,000円 D6	12,500	1,250
		42,001 ~ 92,400円 D7	16,200	1,620
		92,401 ~ 120,000円 D8	18,700	1,870
		120,001 ~ 156,000円 D9	23,100	2,310
		156,001 ~ 198,000円 D10	27,500	2,750
		198,001 ~ 287,500円 D11	35,700	3,570
		287,501 ~ 397,000円 D12	44,000	4,400
		397,001 ~ 929,400円 D13	52,300	5,230
		929,401 ~ 1,500,000円 D14	80,700	8,070
		1,500,001 ~ 1,650,000円 D15	85,000	8,500
		1,650,001 ~ 2,260,000円 D16	102,900	10,290
		2,260,001 ~ 3,000,000円 D17	122,500	12,250
		3,000,001 ~ 3,960,000円 D18	143,800	14,380
		3,960,001円以上 D19	その月のその措置児童に係る措置費の支弁額(全額徴収)	左の徴収基準月額の10% ただし、その額が17,120円に満たない場合は17,120円

## 備考

- 1 この表のC階層における「均等割の額」とは、地方税法（昭和25年法律第226号）第292条第1項第1号に規定する均等割の額をいい、C階層における「所得割の額」とは、同項第2号に規定する所得割（この所得割を計算する場合には、同法第314条の7及び同法附則第5条第2項の規定は適用しないものとする。）の額をいう。  
なお、同法第323条に規定する市町村民税の減免があった場合には、その額を所得割の額又は均等割の額から順次控除して得た額を所得割の額又は均等割の額とする。
- 2 この表のD階層における「所得税の額」とは、所得税法（昭和40年法律第33号）、租税特別措置法（昭和32年法律第26号）、経済社会の変化等に対応して早急に講ずべき所得税及び法人税の負担軽減措置に関する法律（平成11年法律第8号）及び災害被害者に対する租税の減免、徴収猶予等に関する法律（昭和22年法律第175号）の規定によって計算された所得税の額をいう。  
ただし、所得税額を計算する場合には、次の規定は適用しないものとする。
  - (1) 所得税法第92条第1項、第95条第1項、第2項及び第3項
  - (2) 租税特別措置法第41条第1項、第2項及び第3項
  - (3) 租税特別措置法等の一部を改正する法律（平成10年法律第23号）附則第12条
- 3 療育医療については、社会保険各法の対象となる費用の総額から社会保険各法及び結核予防法（昭和26年法律第9号）の負担額を差し引いた額が各階層区分の基準額以下である場合は、当該額とする。

別記第1号様式を次のように改める。

別記第1号様式 削除

別記第2号様式及び別記第3号様式中「(第4条、第6条関係)」を「(第6条関係)」に改める。

別記第6号様式中「(第4条、第6条関係)」を「(第6条関係)」に改め、「育成医療券」及び「育成医療給付申請書又は」を削る。

別記第7号様式中「(第4条、第6条関係)」を「(第6条関係)」に改める。

(熊本県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部改正)

3 熊本県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則(昭和45年熊本県規則第42号)の一部を次のように改正する。

第2条第1項第4号中「法第32条第3項の規定による費用の負担の申請又は」を削り、「若しくは」を「又は」に、「通院医療費公費負担・障害者手帳申請書」を「障害者手帳申請書」に改め、同項第10号を次のように改める。

(10) 削除

第2条第2項第2号を次のように改める。

(2) 削除

別記第4号様式を次のように改める。

別記第4号様式（第2条関係）

市町村受付年月日
※（印又は記入）
平成 年 月 日

## 障害者手帳申請書

熊本県知事様

平成 年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の

[1 新規交付 2更新 3障害等級変更 4都道府県間の住所変更による手帳交付]

申請者 (精神障害者本人)	氏名	印	性	1男	生年	1明	2大	3昭	4平
			別	2女	月日				年 月 日
	住所		電話 ( )						
家族の 連絡先	氏名	続柄	住所	電話 ( )					
添付書類 (○印)	医師の診断書		既存の手帳の有効期限			平成 年 月 日			
	年金証書等の写し ( 級 )		既存の手帳の手帳番号						
			既存の自立支援医療費受給者証番号						
申請書を 提出した者	氏名	印	本人との関係	住所	電話 ( )				

注1 手帳の新規交付、更新又は障害者等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し」が必要です。

2 年金証書等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために社会保険事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。

3 ※の欄は、記入しないでください。

別記第10号様式を次のように改める。

別記第10号様式 削除

別記第12号様式の2を次のように改める。

別記第12号様式の2 削除

(熊本県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部改正に伴う経過措置)  
4 この規則の施行の際現に附則第3項の規定による改正前の熊本県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の規定により提出されている申請書は、改正後の熊本県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の相当規定により提出された申請書とみなす。

(熊本県身体障害者福祉法施行細則の一部改正)

5 熊本県身体障害者福祉法施行細則(平成7年熊本県規則第16号)の一部を次のように改正する。

第7条を次のように改める。

第7条 削除

第8条の見出しを「(身体障害者相談支援事業等開始届等)」に改め、同条第1項中「身体障害者居宅生活支援事業等開始(変更)届出書」を「身体障害者相談支援事業等開始(変更)届出書」に改め、同条第2項中「身体障害者居宅生活支援事業等廃止(休止)届出書」を「身体障害者相談支援事業等廃止(休止)届出書」に改める。

別記第7号様式から別記第10号様式までを次のように改める。

別記第7号様式から別記第10号様式まで 削除

別記第11号様式(表)中「身体障害者居宅生活支援事業等開始(変更)届出書」を「身体障害者相談支援事業等開始(変更)届出書」に、「デイサービス事業、短期入所事業又は介助犬訓練事業若しくは聴導犬訓練事業の用に供する施設」を「介助犬訓練事業又は聴導犬訓練事業の用に供する施設」に改め、

入所定員

「身体障害者居宅生活支援事業等」を「身体障害者相談支援事業等」に改め、同様式の(裏)中「身体障害者居宅生活支援事業等開始(変更)届出書記載要領」を「身体障害者相談支援事業等開始(変更)届出書記載要領」に、第2項中「身体障害者居宅生活支援事業等」を「身体障害者相談支援事業等」に改め、「(例) 身体障害者居宅介護等事業と身体障害者デイサービス事業を行う場合には、身体障害者居宅介護等事業で1枚、身体障害者デイサービス事業で1枚作成します。」を削り、第8項を削り、第9項を第8項とし、第10項を第9項とする。

別記第12号様式中「身体障害者居宅生活支援事業等廃止(休止)届出書」を「身体障害者相談支援事業等廃止(休止)届出書」に、「身体障害者居宅生活支援事業等」を「身体障害者相談支援事業等」に改める。



別記第1号様式の付表1

## 世 帯 調 書

	申請者氏名	印		受給者氏名			
受診者の属する「世帯」構成	「世帯」構成員氏名	続柄	性別	生年月日	職業	備考	
					. .		
					. .		
					. .		
					. .		
					. .		
					. .		
					. .		
					. .		
					. .		
					. .		
					. .		
					. .		
					. .		

※ 「世帯」とは、同一保険に加入している方全員を指します。

※ 続柄は、受診者から見た関係を書いてください。



別記第2号様式(第2条関係)

熊 本 県

### 自立支援医療費(育成医療)意見書

フリガナ		性別	生年月日
受診者氏名		男・女	昭和 平成 年 月 日
受診者住所			
病名			
発症年月日	昭和 平成	年	月 日
障害の種類 (該当するものに○をつける)	(011)肢体不自由 (021)視覚障害 (031)聴覚・平衡機能障害 (041)音声・言語・そしゃく機能障害 (051)心臓機能障害 (061)腎臓機能障害 (071)小腸機能障害 (075)その他内臓障害 (081)免疫機能障害		0
障害の状況	<p>〔 〕の状態であり、</p> <p>身体障害者福祉法 第4条別表の( )と同程度の 1 障害を有する 2 障害を残す恐れがある</p> <p>※裏面の別表を参照のうえ( )に番号を入れ、1 又は 2 に○印をつけてください。</p>		
医療の 具体的方針			
治 療	治療開始日	平成 年 月 日から	
	治療 見込期間	入院治療期間	〔 〕日間
		通院治療回数及び期間	〔 〕回 〔 〕日間
		訪問看護予定回数及び期間	〔 〕回 〔 〕日間
		通算	〔 〕日間
		※原則3カ月	
療	医療費 概算額	入院治療費	〔 〕円
		通院治療費	〔 〕円
		訪問介護費	〔 〕円
		計	〔 〕円
移送費見込額	円	医療費及び 移送費合計額	円
治療における 障害の回復状況 の見込み			

上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算いたします。

平成 年 月 日

指定自立支援医療機関名

電話番号

担当医師名

印

(裏)

○身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）

別表（第4条、第15条、第16条関係）

1 次に掲げる視覚障害で、永続するもの

- (1) 両眼の視力（万国式試視力表によって測ったものをいい、屈折異常がある者については、矯正視力について測ったものをいう。以下同じ。）がそれぞれ0.1以下のもの
- (2) 一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの
- (3) 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの
- (4) 両眼による視野の2分の1以上が欠けているもの

2 次に掲げる聴覚又は平衡機能の障害で、永続するもの

- (1) 両耳の聴力レベルがそれぞれ70デシベル以上のもの
- (2) 一耳の聴力レベルが90デシベル以上、他耳の聴力レベルが50デシベル以上のもの
- (3) 両耳による普通話声の最良の話音明瞭度が50パーセント以下のもの
- (4) 平衡機能の著しい障害

3 次に掲げる音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害

- (1) 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の喪失
- (2) 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の著しい障害で、永続するもの

4 次に掲げる肢体不自由

- (1) 一上肢、一下肢又は体幹の機能の著しい障害で、永続するもの
- (2) 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くもの又はひとさし指を含めて、一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
- (3) 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
- (4) 両下肢の全ての指を欠くもの
- (5) 一上肢のおや指の機能の著しい障害又はひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能の著しい障害で、永続するもの
- (6) (1)から(5)までに掲げるもののほか、その程度が(1)から(5)までに掲げる障害の程度以上であると認められる障害

5 心臓、腎臓又は呼吸器の機能障害その他政令で定める障害で、永続し、かつ日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるもの

○身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号）

第36条 法別表第5号に規定する政令で定める障害は、次に掲げる機能の障害とする。

6

- (1) ぼうこう又は直腸の機能
- (2) 小腸の機能
- (3) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能

別記第3号様式 (第2条関係)

治療用補装具交付申請書	
補装具の装着を必要とする者の氏名	
※上記の者に係る自立支援医療受給者証 療育券	交付番号
の交付番号及び有効期間	有効期間 年 月 日から 年 月 日まで
希望する補装具製作者	住所 〒
氏名	
治療用補装具交付意見書 (別記第4号様式) を添えて、補装具の交付を申請します。	
申請者住所 続柄 申請者氏名 生年月日	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin-bottom: 5px;"></div> 補装具の装着を必要とする者の印 年 月 日
受付年月日	熊本県知事 様
進達年月日	
文書記号番号	保健所長 印

※ 自立支援医療費 (育成医療) 支給認定申請書又は療育医療給付申請書と同時にこの申請をする場合はこの欄の記入は必要ありません。

別記第4号様式（第2条関係）

治療用補装具交付意見書		
補装具の装着を必要とする者の氏名、住所、生年月日、病名	氏 名	
	住 所	市 郡 町 村 番地
	生年月日	年 月 日
	病 名	
補装具の装着を必要とする理由		
補装具の種目 型式費用の概算額	種 目	
	型 式	
	費用の概算額	円
備 考		
上記のとおり診断します。 年 月 日  指定自立支援医療機関 所在地 名 称 医師氏名 印		

別記第5号様式(第3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・継続・再申請・変更) ※1

平成 年 月 日

熊 本 県 知 事 様

申請者氏名 印 (申請者欄の氏名を自署する場合は、押印は不要です。)

私は、次のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

障害者・児	フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名						明治・大正 昭和・平成	年	月
受診者の場合 ※1B欄	受診者住所	〒	電話番号						
	フリガナ		受診者との関係						
受診者の場合 ※1B欄	保護者氏名		電話番号						
	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							
	保険の種類(○印)	被用者保険(本人・家族) ・ 国民健康保険 ・ 老人保健 ・ 生活保護 ・ その他							
	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		
	申請者の収入(○印) ※5	障害年金等 ※6 ・ 特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当 ・ 経過福祉手当 ・ 特別児童扶養手当 ・ その他収入 ( ) ※7							
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				
現在の受給者番号及び有効期限 ※8	(番号)	(有効期限)			精神障害者保健福祉手帳番号				
	平成 年 月 日		備考						

- ※1 新規・継続・再申請・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。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※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 申請者の収入に○をする。
- ※6 老齢基礎年金、老齢厚生年金、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の公的年金等
- ※7 不動産収入、工賃、仕送り等を記入。収入がない場合は、「その他収入( 0 )」と記入する。
- ※8 継続・再申請・変更の方のみ記入。

自治体記入欄 ----- ここから下の欄には記入しないでください。-----

申請受付年月日		送達年月日		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 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		
受給者番号					
備考					

別記第6号様式(第3条関係)

自立支援医療費の意見書(精神通院医療用)

※重度かつ継続(いずれかに○) ・該当 ・非該当

氏 名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生( 歳)		男・女
住 所			
1 病 名 (ICDカテゴリーは F0~F9・G4のい ずれかを記載)	(1) 主たる精神障害: (病名) _____ (下記のアからカまでのいずれかに○) ア 症状性を含む器質性精神障害(F0)    イ 精神作用物質による精神および行動の障害(F1) ウ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害(F2)    エ 気分障害(F3)    オ てんかん(G4) カ その他 (F _____) ※主たる精神障害が上記の場合、Fコードを記入し、下記8の医師の略歴を記載すること。 (2) 従たる精神障害: (病名) _____ ICDカテゴリー ( _____ ) (3) 身体合併症(病名): _____		
2 発病から現在 までの病歴(推定 発病年月、精神 科受診歴等)	(推定発病時期 年 月頃)		
3 現在の病状、状態像等(治療を中止したときに予想しうる状態も含み、該当する項目を○で囲む。)	(1) 抑うつ状態 1 思考・運動抑制    2 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・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 感情鈍麻    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 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 その他( _____ ) (8) 癡れんおよび意識障害 1 癡れん    2 意識障害    3 その他( _____ ) (9) 精神作用物質の乱用及び依存 1 アルコール    2 覚せい剤    3 有機溶剤    4 その他( _____ ) (10) 知能障害 1 知的障害    ア 軽度    イ 中等度    ウ 重度    2 認知症(痴呆)    ア 軽度    イ 中等度    ウ 重度		4 3の病状、状態像等の 具体的程度、症状等
5 現在の治療内容 (1) 投薬内容:	(2) 受診頻度: 月平均 _____ 回 (3) 精神療法等: 通院精神療法・作業療法・集団療法・デイケア その他 ( _____ ) (4) 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の利用状況 ※生活介護、自立訓練、就労支援、地域活動支援、居住支援等		
8 医師の略歴(精神保健指定医である等、3年以上精神医療に従事した経験を有することがわかるように記載すること。)			

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

診療担当科名

電話番号

医師氏名  
(自署又は記名押印)

別記第7号様式（第4条関係）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療）				
受 診 者	フリガナ			性別
	氏 名			男 ・ 女
	フリガナ			昭和 平成
	住 所			
保護者（受診者と住所が異なる 場合のみ住所記入）	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				
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）			
備 考				
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。				
届出者氏名 印				
平成 年 月 日				
熊 本 県 知 事 様				

※ 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。

別記第8号様式（第5条関係）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院医療）			
受 診 者	フリガナ		性別
	氏 名		男 ・ 女
	フリガナ		生年月日
	住 所		
保 護 者  (受診者が18歳未満の 場合記入)	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			
受給者証の有効期間			
		平成	年 月 日 から 平成
		年	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)		
備 考			
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。			
届出者氏名		印	
平成		年 月 日	
熊 本 県 知 事 様			

※ 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。

別記第9号様式その1(第6条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定申請書(病院又は診療所)

保 険 医 療 機 関	名 称		
	所 在 地	〒	
開 設 者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	〒	
	氏 名 (法人にあっては、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			
主として担当する医師又は歯科医師の経歴		付表1	自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要 付表2
自立支援医療を行うための収容設備の定員		人	

上記のとおり障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として指定されるよう申請します。

年 月 日

開設者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名) 印

熊本県知事 様

備考

1 「担当しようとする自立医療の種類」欄は、次のうち希望するものを記載してください。

- |                 |                  |
|-----------------|------------------|
| (1) 眼科に関する医療    | (8) 心臓脈管外科に関する医療 |
| (2) 耳鼻咽喉科に関する医療 | (9) 腎臓に関する医療     |
| (3) 口腔に関する医療    | (10) 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) 歯科矯正に関する医療  |
| (6) 中枢神経に関する医療  | (14) 免疫に関する医療    |
| (7) 脳神経外科に関する医療 | (15) 小児外科に関する医療  |

2 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、2か所の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線等で消去してください。

## 別記第9号様式その1の付表1

経 歴 書				
学 位		ふりがな 氏 名	印	生年月日
現 住 所	〒			
関 係 学 会 加 入 状 況				
年 月 日	任 免 事 項		概 要	

## 備考

- 1 最終学歴から現在に至るまでを詳細に記載してください。
- 2 「概要」欄には、専攻科名、医師免許取得後その担当する更生医療の種類について研修した機関(大学、病院等)名、期間及び師事した指導者氏名並びに学位論文又は学会に提出した論文で本医療の診療科目に関連があるもののうちその主たるものに係る論文名及び提出年月日を記載してください。

別記第9号様式その1の付表2

自立支援医療（育成医療・更生医療）を行うために必要な設備及び体制の概要

区 分	品 目	数 量	品 目	数 量
設 備 (主要なもの)				
体 制				

別記第9号様式その2(第6条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定申請書(薬局)

保険薬局	名 称		
	所 在 地	〒	
開 設 者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	〒	
	氏 名 (法人にあっては、名称)		
薬剤師の氏名		略 歴	付表1
調剤のために必要な設備及び施設の概要		付表 2	

上記のとおり障害者自立支援法第59条第1項の規定による医療機関(育成医療・更生医療)として指定されるよう申請します。

年 月 日

開設者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名) 印

熊本県知事

様

備考 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、2か所の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線等で消去してください。

## 別記第9号様式その2の付表1

経 歴 書					
学 位		ふりがな 氏 名		印	生年月日
現 住 所					
最 終 学 歴					
主たる職歴					

## 別記第9号様式その2の付表2

## 調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造	調剤室の面積	
設備及び施設	品 目	品 目

## 備考

- 1 薬局の見取図を添付してください。
- 2 「設備及び施設」欄には、薬局等構造設備規則(昭和36年厚生省令第2号)に掲げる以外の設備等がある場合にのみ、その主たる設備等を記載してください。

別記第9号様式その3(第6条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定申請書(指定訪問看護事業者等)

指定居宅サービス事業者 又は指定訪問看護事業者	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	職 種	定 数

上記のとおり障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)として指定されるよう申請します。

年 月 日

指定居宅サービス事業者  
指定訪問看護事業者  
住所  
氏名

印

熊本県知事 様

備考

- 「職員の定数」欄は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記載してください。
- 育成医療又は更生医療単独で指定を希望する場合は、2か所の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線等で消去してください。

## 別記第10号様式(第6条関係)その1

## 指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)届出事項変更届出書(病院又は診療所)

区 分	旧	新
病院又は診療所の 名称及び所在地		
開設者の住所及び 氏名又は名称		
標ぼうしている診 療科目		
主として担当する 医師又は歯科医師 の氏名及び経歴		
自立支援医療を行 うために必要な設 備の概要		
収容施設の有無及 びその定員		
その他の事項		

上記のとおり変更がありましたので、障害者自立支援法第64条の規定により  
届け出ます。

年 月 日

開設者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名) 印

熊本県知事

様

備考 「開設者の住所及び氏名又は名称」欄には、開設者が個人である場合にはその  
者の住所及び氏名を、法人である場合には主たる事務所の所在地及びその名称を  
記載してください。

## 別記第10号様式(第6条関係)その2

## 指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)届出事項変更届出書(薬局)

区 分	旧	新
薬局の名称及び所在地		
開設者の住所及び氏名又は名称		
調剤のために必要な設備及び施設の概要		
その他の事項		

上記のとおり変更がありましたので、障害者自立支援法第64条の規定により届け出ます。

年 月 日

開設者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名) 印

熊本県知事

様

備考 「開設者の住所及び氏名又は名称」欄には、開設者が個人である場合にはその者の住所及び氏名を、法人である場合には主たる事務所の所在地及びその名称を記載してください。

## 別記第10号様式(第6条関係)その3

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）届出事項変更届出書（指定訪問看護事業者等）

区 分	旧	新
指定居宅サービス事業者又は指定訪問看護事業者の名称及び主たる事務所の所在地		
訪問看護ステーション等の名称及び所在地		
職員の定数		
その他の事項		

上記のとおり変更がありましたので、障害者自立支援法第64条の規定により届け出ます。

年 月 日

指定居宅サービス事業者

指定訪問看護事業者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名) 印

熊本県知事

様

## 別記第11号様式(第6条関係)

## 指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定辞退申出書

指定医療 機 関	所 在 地	
	名 称	
指 定 年 月 日		
予告期間の終了年月日		年 月 日
辞 退 の 理 由		

上記のとおり辞退したいので障害者自立支援法第65条の規定により申し出ます。

年 月 日

開設者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名) 印

熊本県知事

様

別記第12号様式その1(第7条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定申請書(病院又は診療所)

保険医療機関	名 称	
	所 在 地	〒
開 設 者	住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	
	氏名(法人にあっては、名称)	
標ぼうしている診療科目		
主として担当する医師の経歴		付表 1

上記のとおり障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関(精神通院医療)として指定されるよう申請します。

年 月 日

開 設 者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名) 印

熊本県知事 様

(記入事項)

1 「保健医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。

2 (付表1)経歴書の「任免事項」は、次の点に留意し、記載すること。

(1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付すること。

(2) 病院、診療所医師等が勤務した施設については、関係した専門科目まで必ず記入すること。

例) ○○医科大学精神科教室又は○○病院精神科などと記入

(3) 勤務先における身分(例えば医長、医員、講師、助手等)を明確に記載すること。

(4) 非常勤職員については、1か月又は1週間当たりの勤務日数、延時間数を明確に記載すること。

(5) 2以上の施設に勤務する等の場合は、各施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記載すること。

例) ○○医科大学精神科週4日(延○時間勤務)、病院週2日(延○時間勤務)など

別記第12号様式その1の付表1

経 歴 書

氏 名	印	生 年 月 日	
現 住 所			
年 月 日	任	免	事 項

別記第12号式その2（第7条関係）

指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（薬局）

保険薬局	名 称			
	所 在 地			
開 設 者	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）			
	氏名（法人にあっては、名称）			
薬 剤 師 の 氏 名		略 歴	付表1	

上記のとおり障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（精神通院医療）として指定されるよう申請します。

年 月 日

開 設 者

住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

氏名（法人にあっては、名称及び代表者氏名） 印

熊本県知事 様

別記第12号式その2の付表1

経 歴 書

学 位		氏 名		生年月日	
現住所					
最終学歴					
主たる 職 歴					

別記第12号式その3（第7条関係）

**指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書**  
**（指定訪問看護事業者等）**

指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者	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	付表1

上記のとおり障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関  
 （精神通院医療）として指定されるよう申請します。

年 月 日

指定居宅サービス事業者  
 指定訪問看護事業者

所 在 地

名 称

印

熊本県知事 様

別記第12号式その3の付表1

訪問ステーション等において指定訪問看護若しくは指定老人訪問看護又は指定居宅サービス（介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。）に従事する職員の定数

職 種	定 数

## 別記第13号様式(第7条関係)その1

## 指定自立支援医療機関(精神通院医療)届出事項変更届出書(病院又は診療所)

区 分	旧	新
病院又は診療所の 名称及び所在地		
開設者の住所及び 氏名又は名称		
標ぼうしている診 療科目		
主として担当する 医師又は歯科医師 の氏名及び経歴		
その他の事項		

上記のとおり変更がありましたので、障害者自立支援法第64条の規定により  
届け出ます。

年 月 日

開設者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名) 印

熊本県知事

様

備考 「開設者の住所及び氏名又は名称」欄には、開設者が個人である場合にはその者の住所及び氏名を、法人である場合には主たる事務所の所在地及びその名称を記載してください。

## 別記第13号様式(第6条関係)その2

## 指定自立支援医療機関(精神通院医療)届出事項変更届出書(薬局)

区 分	旧	新
薬局の名称及び所在地		
開設者の住所及び氏名又は名称		
調剤のために必要な設備及び施設の概要		
その他の事項		

上記のとおり変更がありましたので、障害者自立支援法第64条の規定により届け出ます。

年 月 日

開設者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名) 印

熊本県知事

様

備考 「開設者の住所及び氏名又は名称」欄には、開設者が個人である場合にはその者の住所及び氏名を、法人である場合には主たる事務所の所在地及びその名称を記載してください。

別記第13号様式(第7条関係)その3

指定自立支援医療機関(精神通院医療)届出事項変更届出書(指定訪問看護事業者等)

区 分	旧	新
指定居宅サービス事業者又は指定訪問看護事業者の名称及び主たる事務所の所在地		
訪問看護ステーション等の名称及び所在地		
職員の定数		
その他の事項		

上記のとおり変更がありましたので、障害者自立支援法第64条の規定により届け出ます。

年 月 日

指定居宅サービス事業者  
 指定訪問看護事業者  
 住所  
 氏名

熊本県知事

様

印

別記第14号様式(第7条関係)

指定自立支援医療機関(精神通院医療)指定辞退申出書

指定医療 機 関	所 在 地	
	名 称	
指 定 年 月 日		
予告期間の終了年月日		年 月 日
辞 退 の 理 由		

上記のとおり辞退したいので障害者自立支援法第65条の規定により申し出ます。

年 月 日

開設者

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)

氏名(法人にあっては、名称及び代表者氏名) 印

熊本県知事

様

障害者自立支援法等に基づく指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則をここに公布する。

平成18年3月31日

熊本県知事 潮 谷 義 子

### 熊本県規則第43号

障害者自立支援法等に基づく指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則(趣旨)

第1条 この規則は、障害者自立支援法(平成17年法律第123号。以下「自立支援法」という。)、障害者自立支援法施行令(平成18年政令第10号)、障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等に関する省令(平成18年厚生労働省令第58号。以下「基準省令」という。)、身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号。以下「身障法」という。)、身体障害者福祉法施行規則(昭和25年厚生省令第15号。以下「身障法施行規則」という。)、知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号。以下「知障法」という。)、及び知的障害者福祉法施行規則(昭和35年厚生省令第16号。以下「知障法施行規則」という。)に定めるもののほか、指定障害福祉サービス事業者(自立支援法第29条第1項に規定する指定障害福祉サービス事業者をいう。以下同じ。)、指定身体障害者更生施設等(身障法第17条の10第1項に規定する指定身体障害者更生施設等をいう。以下同じ。)、又は指定知的障害者更生施設等(法第15条の11第1項に規定する指定知的障害者更生施設等をいう。以下同じ。)(以下これらを「指定障害福祉サービス事業者等」という。)に係る自立支援法第36条第1項、身障法第17条の24第1項若しくは知障法第15条の24第1項の規定による指定障害福祉サービス事業者等の指定、自立支援法第46条第1項、身障法第17条の27若しくは知障法第15条の27の規定による届出の受理、身障法第17条の29若しくは知障法第15条の29の規定による指定の辞退の受理又は自立支援法第50条第1項、身障法第17条の30第1項若しくは知障法第15条の30の規定による指定の取消し若しくは指定の全部若しくは一部の効力の停止(以下「指定等」という。)に関し必要な事項を定めるものとする。(指定の申請等)

第2条 自立支援法第36条第1項、身障法第17条の24第1項又は知障法第15条の24第1項の規定による指定の申請は、指定障害福祉サービス事業者(指定身体障害者更生施設等・指定知的障害者更生施設等)指定申請書(別記第1号様式)により行うものとする。

2 指定障害福祉サービス事業者等の指定を受けた者は、指定を受けた旨を当該指定に係る事業所又は施設の見やすい場所に標示するものとする。(変更の届出等)

第3条 自立支援法第46条第1項、身障法第17条の27又は知障法第15条の27の規定による届出は、基準省令第8条第1項各号に掲げる事項、身障法施行規則第11条の6に定める事項又は知障法施行規則第38条に定める事項の変更に係るものにあつては変更届出書(別記第2号様式)により、事業の廃止、休止又は再開に係るものにあつては廃止・休止・再開届出書(別記第3号様式)により行うものとする。(指定の辞退)

第4条 身障法第17条の29又は知障法第15条の29の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書(別記第4号様式)により行うものとする。(公示)

第5条 自立支援法第51条、身障法第17条の31又は知障法第15条の31の規定による公示は、次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 指定障害福祉サービス事業者の事業所、指定身体障害者更生施設等又は指定知的障害者更生施設等の名称及び所在地(指定障害福祉サービス事業者の事業所の名称又は所在地の変更の場合にあつては、変更前及び変更後の名称又は所在地)
- (2) 指定障害福祉サービス事業者、指定身体障害者更生施設等の設置者又は指定知的障害者更生施設等の設置者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名
- (3) 指定、前2号に掲げる事項の変更、事業の廃止又は指定の辞退若しくは取消しの年月日
- (4) 事業所番号
- (5) 指定障害福祉サービスの種類

(市町村への情報提供)

第5条 知事は、指定等をしたときは、市町村長に対して、前条各号に掲げる事項その他必要な事項を通知するものとする。

(雑則)

第6条 この規則に定めるもののほか、指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。

(身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者及び指定身体障害者更生施設等の指定等に関する規則の廃止)

2 身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者及び指定身体障害者更生施設等の指定等に関する規則(平成14年熊本県規則第72号)は、廃止する。

(知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者及び指定知的障害者更生施設等の指定等に関する規則の廃止)

3 知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者及び指定知的障害者更生施設等の指定等に関する規則(平成14年熊本県規則第73号)は、廃止する。

(児童福祉法に基づく指定居宅支援事業者の指定等に関する規則の廃止)

4 児童福祉法に基づく指定居宅支援事業者の指定等に関する規則(平成14年熊本県規則第74号)は、廃止する。

別記第1号様式(第2条関係)

受付番号

指定障害福祉サービス事業者  
 指定身体障害者更生施設等  
 指定知的障害者更生施設等

指定申請書

平成 年 月 日

熊本県知事 様 所在地  
 申請者 名称  
 (設置者) 代表者の氏名 印

障害者自立支援法に規定する指定障害福祉サービス事業者(身体障害者福祉法又は知的障害者福祉法に規定する施設)に係る指定を受けたいので、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

事業所所在地市町村番号

申請者(設置者)	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 都道府県 郡市区				
	申請者連絡先	電話番号			FAX番号	
	代表者の職・氏名	職名			フリガナ氏名	
指定を受けようとする事業所・施設の種類	代表者の住所	(郵便番号 - ) 都道府県 郡市区				
	フリガナ					
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 - ) 県 郡市				
	事業所連絡先	代表電話番号				
	同一所在地において行う事業等の種類	実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	実施事業	他の法律において既に指定等を受けている事業等の指定年月日
指定障害福祉サービス事業所						
指定施設支援						
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合					

- 備考
- 1 「受付番号」欄及び「事業所(施設)所在市町村番号」欄には、記載しないでください。
  - 2 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
  - 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
  - 4 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定等を受けているものを含めて記載し、今回申請をするものについては左側の「実施事業」欄に、既に指定等を受けているものについては右側の「実施事業」欄に「○」を記入してください。なお、社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律附則第11条の規定に基づき指定があったものとみなされる施設に係る事業については、右側の「実施事業」欄に「みなし」と記載してください。
  - 5 「指定申請をする事業等」欄には、該当する欄に事業等の開始予定年月日を記載してください。
  - 6 申請する事業の種類に応じて付表を添付ください。
  - 7 「事業所番号」欄には、熊本県において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。







別記第1号様式の付表3

短期入所事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称							
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡 市						
	連絡先	電話番号				FAX番号		
管理者	フリガナ 氏名			住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市			
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼 務(兼務の場合記入)	事業所等名称						
		兼務する職種 勤務時間等						
空床型・併設型の別	空床型・併設型	本体施設の種別・名称・定員						人
併設の利用定員数	人	短期入所利用者数(推定数を記入)						人
前年度平均入所者数	空床型の場合			人				
	併設型の場合			人				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条第 項第 号								
従業者の職員・員数								
		医師		看護師		精神保健福祉士		作業療法士
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務
従業者数	常勤(人)							
	非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)								
基準上の必要人数(人)								
		心理判定員		職能判定員		あん摩マッサージ指圧師		職業指導員
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務
従業者数	常勤(人)							
	非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)								
基準上の必要人数(人)								
		生活支援員		栄養士		その他の従業者		
		専従 ※兼務		専従 ※兼務		専従 ※兼務		
従業者数	常勤(人)							
	非常勤(人)							
常勤換算後の人数(人)								
基準上の必要人数(人)								
主な掲示事項								
短期入所利用定員		人						
指定短期入所の内容		宿泊を伴うもの ・ 日中受入						
主たる対象者		身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 障害児 ・ 精神障害者						
利用料								
その他の費用								
通常の送迎の実施地域		①	②	③	③			
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない				
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者		
		その他						
協力医療機関		名称		主な診療科名				
添付書類		別添のとおり(定款、寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等、建物の構造概要及び平面図、経歴書、運営規定、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約の内容がわかるもの)						

備考 1 「受付番号」欄及び「適合の可否」欄には、記入しないでください。  
 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別紙に記載してください。  
 3 「併設の利用者数」欄には、併設事業所の定員を記載してください。  
 4 新設の場合には、「前年度平均入所者数」欄には推定数を記入してください。  
 5 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。  
 6 「※兼務」欄は、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。  
 7 「その他の費用」欄には、食材料費、日用品費等利用者に直接金銭の負担を求める費用がある場合のサービスの内容について記載してください。  
 8 「通常の送迎の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全域又は一部の別を記載してください。なお、実施地域が当該区域の一部である場合は、適宜地図を添付してください。





別記第1号様式の付表5-2

併せて通所による指定施設支援を提供する場合の記載事項

( 肢体不自由者更生施設 視覚障害者更生施設  
聴覚・言語障害者更生施設 内部障害者更生施設 )

受付番号

※いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地		(郵便番号 - ) 県 郡・市						
	連絡先	電話番号	FAX番号						
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等			第 条第 項第 号						
従業者の職種・員数		看護師		理学療法士		作業療法士		心理判定員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		職能判定員		あん摩マッサージ指圧師		職業指導員		生活支援員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
		聴能訓練師		その他の従業者					
		専従	※兼務	専従	※兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
主な掲示事項									
入所定員			人						
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項			第三者評価の実施状況		している・していない				
			苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者		
			その他						
協力医療機関			名称				主な診療科名		
添付書類			別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)						

(備考)

- 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

別記第1号様式の付表6

身体障害者療護施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 - )		県		郡・市					
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )						
	氏名				県		郡・市				
併設する施設の名称及び概要		名称									
		概要									
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号							
短期入所事業の実施の有無				有・無							
従業者の職種・員数				医師		看護師		介護職員		理学療法士	
				専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
従業者数				作業療法士		生活支援員		栄養士		その他の従業者	
				専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値							
居室	1室の最大定員	人		人以下							
	入所者1人あたりの最小床面積	㎡		㎡							
廊下	廊下の幅	m		m							
主な掲示事項											
入所定員		人									
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		その他									
協力医療機関		名称				主な診療科名					
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)									

(備考)

- 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 4 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。









別記第1号様式の付表8

知的障害者更生施設の指定に係る記載事項

( 知的障害者入所更生施設 )  
( 知的障害者通所更生施設 )

受付番号

※いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 - )		県 郡・市						
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 - )			FAX番号		
	氏名				県 郡・市					
併設する施設の名称及び概要		名称								
		概要								
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号						
短期入所事業の実施の有無				有 ・ 無						
従業者の職種・員数		医師		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
		栄養士		その他の従業者						
		専従	※兼務	専従	※兼務					
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値						
居室	1室の最大定員	人		人以下						
	入所者1人あたりの最小床面積	m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>						
廊下	廊下の幅	m		m						
	中廊下の幅	m		m						
主な掲示事項										
入所定員		人								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している ・ していない					
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者			
		その他								
協力医療機関		名称		主な診療科名						
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)								

(備考)

- 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 4 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。



別記第1号様式の付表8-3

指定施設支援を提供する施設であって利用者が20人未満のもの(分場)を設置する場合の記載事項

( 知的障害者入所更生施設 )  
( 知的障害者通所更生施設 )

※いずれかに○を付してください。

受付番号	
------	--

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号				
従業者の職種・員数		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		その他の従業者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値					
居室	1室の最大定員	人		人以下					
	入所者1人あたりの最小床面積	m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>					
作業室 (作業場)	一人当たりの床面積	m <sup>2</sup>		m <sup>2</sup>					
廊下	廊下の幅	m		m					
主な掲示事項									
入所定員		人							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者	
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)							

(備考)

- 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

別記第1号様式の付表9

特定知的障害者授産施設の指定に係る記載事項

( 知的障害者入所授産施設 )  
( 知的障害者通所授産施設 )

受付番号

※いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 ー )		県 郡・市					
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管理者	フリガナ				(郵便番号 ー )				
	氏名				住所 県 郡・市				
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号					
短期入所事業の実施の有無		有 ・ 無							
従業者の職種・員数		医師		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		栄養士		その他の従業者					
		専従	※兼務	専従	※兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値					
		居室	1室の最大定員	人	人以下				
			入所者1人あたりの最小床面積	m <sup>2</sup>					
		廊下	廊下の幅	m					
中廊下の幅	m								
主な掲示事項									
入所定員		人							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)							

(備考)

- 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別業に記載した書類を添付してください。
- 3 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 4 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 「※兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 6 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。



別記第1号様式の付表9-3

指定施設支援を提供する施設であって利用者が20人未満のもの(分場)を設置する場合の記載事項

( 知的障害者入所授産施設 )  
( 知的障害者通所授産施設 )

受付番号

※いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号	—	)	県	郡・市			
	連絡先	電話番号			FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号					
従業者の職種・員数		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		その他の従業者	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値					
居室	1室の最大定員	人			以下				
	入所者1人あたりの最小床面積	m <sup>2</sup>							
廊下	廊下の幅	m							
	中廊下の幅	m							
主な掲示事項									
入所定員		人							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの)							

(備考)

- 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄には、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。



別記第2号様式(第3条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

熊本県知事 様

事業所番  
(設置者) 所在地  
名称  
代表者の氏名 印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、届け出ます。

指定内容を変更した事業所(施設)	事業所番号	
	名称	所在地
サービスの種類		
変更があった事項	変更の内容	
	(変更前)	(変更後)
1: 事業所(施設)の名称		
2: 事業所(施設)の所在地(設置の場所)		
3: 申請者(設置者)の名称		
4: 主たる事務所の所在地		
5: 代表者の氏名及び住所		
6: 定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)		
7: 事業所(施設)の平面図及び設備の概要		
8: 事業所(施設)の管理者の氏名及び住所		
9: 事業所のサービス提供責任者の氏名及び住所		
10: 主たる対象者		
11: 運営規程		
12: 介護給付費等(施設訓練等支援費)の請求に関する事項		
13: 事業所の種別(併設型・空床型の別)		
14: 併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員		
15: 協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容		
16: 知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要		
17: 当該申請に係る事業の開始予定年月日		
18: 併設する施設がある場合の当該併設施設の概要		
変更年月日	平成 年 月 日	

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。  
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。  
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

別記第3号様式(第3条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

熊本県知事 様

事業者 所在地  
名称  
代表者の氏名 印

次のとおり事業の廃止(休止・再開)しましたので、届け出ます。

		事業所番号											
廃止(休止・再開)する事業所	名 称						所 在 地						
	所 在 地												
廃止・休止・再開した年月日						平成 年 月 日							
廃止・休止した理由													
現に指定障害福祉サービスを受けていた者に対する措置(廃止・休止した場合のみ)													
休止予定期間						平成 年 月 日~平成 年 月 日							

- 備考 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。  
2 廃止・休止・再開の日から10日以内に届け出てください。

別記第4号様式(第4条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

熊本県知事 様

設 置 者 所在地  
 名 称  
 代表者の氏名 印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

指定を辞退する施設	事業所番号																			
	名 称																			
	所 在 地																			
指定を受けた年月日	平成 年 月 日																			
指定を辞退する年月日	平成 年 月 日																			
指定を辞退する理由																				
現に施設に入所している者に対する措置																				

備考 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

熊本県災害救助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18年3月31日

熊本県知事 潮 谷 義 子

**熊本県規則第44号**

熊本県災害救助法施行細則の一部を改正する規則

熊本県災害救助法施行細則（昭和52年熊本県規則第67号）の一部を次のように改正する。

別表第1の1（2）イ中「2,385,000円」を「2,342,000円」に改め、同表の3（3）アの表

中	円	円	円	円	円	円	を	円
	17,300	22,200	32,700	39,100	49,600	7,200		17,200
	28,500	36,800	51,400	60,300	75,600	10,300		28,400

円	円	円	円	円	に改め、同表の3（3）イ
22,100	32,600	39,000	49,500	7,200	
36,700	51,200	60,100	75,400	10,300	

の表中「17,500」を「17,400」に、「16,900」を「16,800」に、「20,000」を「19,900」に、「25,300」を「25,200」に改め、同表の6（2）中「510,000円」を「500,000円」に改め、同表の9（3）中「193,000円」を「199,000円」に、「154,400円」を「159,200円」に改める。

**附 則**

この規則は、平成18年4月10日から施行する。

熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年3月31日

熊本県知事 潮 谷 義 子

**熊本県規則第45号**

熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則の一部を改正する規則

熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則（平成5年熊本県規則第40号）の一部を次のように改正する。

別表第1第22号中「知的障害者福祉法に規定する知的障害者デイサービスセンター」を「障害者自立支援法（平成17年法律第123号）に規定する障害者デイサービスを行う施設」に改める。

別表第2第5号中「身体障害者福祉法に規定する身体障害者デイサービス事業」を「障害者自立支援法に規定する障害者デイサービス」に改める。

別表第3第1号中「身体障害者福祉法に規定する身体障害者居宅介護等事業、知的障害者福祉法に規定する知的障害者居宅介護等事業、児童福祉法に規定する児童居宅介護等事業」を「障害者自立支援法に規定する障害福祉サービス事業」に改める。

**附 則**

- この規則は、平成18年4月1日から施行する。
- 平成18年4月1日前に改正前の熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則別表第1から別表第3までに規定する業務に従事した期間は、改正後の熊本県介護福祉士等修学資金貸与条例施行規則（以下「新規則」という。）第3条の適用については、新規則別表第1から別表第3までに規定する業務に従事した期間とみなす。

