

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

岩手県知事 増 田 寛 也

岩手県規則第 102 号

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。）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「省令」という。）の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

(指定障害福祉サービス事業者の指定)

第 2 条 法第 36 条第 1 項に規定する申請は、指定障害福祉サービス事業者指定申請書（様式第 1 号）により行わなければならない。

(変更等の届出)

第 3 条 法第 46 条第 1 項の規定による届出は、変更届出書（様式第 2 号）又は廃止・休止・再開届出書（様式第 3 号）により行わなければならない。

(自立支援医療の支給認定の申請等)

第 4 条 省令第 35 条第 1 項の規定による申請又は第 45 条第 1 項の規定による変更の申請は、自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（様式第 4 号）又は自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（様式第 5 号）により行われなければならない。

2 省令第 35 条第 2 項第 1 号に規定する意見書又は診断書は、自立支援医療（育成医療）意見書（様式第 6 号）、診断書（通院医療費公費負担用）（様式第 7 号）又は診断書（精神障害者保健福祉手帳用）（様式第 8 号）によらなければならない。

(申請内容の変更の届出)

第 5 条 省令第 47 条第 1 項に規定する届出書は、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療）（様式第 9 号）又は自立支援医療受給者証等記載事項変更届（精神通院）（様式第 10 号）によらなければならない。

(医療受給者証の再交付の申請)

第 6 条 省令第 48 条第 1 項に規定する申請書は、自立支援医療受給者証・自己負担上限額管理票再交付申請書（様式第 11 号）によらなければならない。

(指定自立支援医療機関の指定)

第 7 条 省令第 57 条第 1 項に規定する申請書は、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）（様式第 12 号）又は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）（様式第 13 号）によらなければならない。

2 省令第 57 条第 2 項に規定する申請書は、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）（様式第 14 号）又は指定自立支援医療機関（精神通院医療）指定申請書（薬局）（様式第 15 号）によらなければならない。

3 省令第 57 条第 3 項に規定する申請書は、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）（様式第 16 号）又は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）（様式第 17 号）によらなければならない。

(指定自立支援医療機関の名称等の変更等の届出)

第 8 条 省令第 62 条の規定による届出は、指定自立支援医療機関名称等変更届（様式第 18 号）により行わなければならない。

第 9 条 省令第 63 条の規定による届出は、指定自立支援医療機関休止（廃止、再開）届（様式第 19 号）により行わなければならない。

(指定自立支援医療機関の辞退の申出等)

第 10 条 省令第 64 条の規定による申出は、指定自立支援医療機関辞退申出書（様式第 20 号）により行わなければならない。

(障害福祉サービス事業の開始等の届出)

第 11 条 法第 79 条第 2 項及び第 3 項の規定による届出は、障害福祉サービス事業開始（変更）届（様式第 21 号）により行わなければならない。

2 法第 79 条第 4 項の規定による届出は、障害福祉サービス事業廃止（休止）届（様式第 22 号）により行わなければならない。

附 則

この規則は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

受付番号	
------	--

指定障害福祉サービス事業者指定申請書

年 月 日

広域振興局長 様
 （広域振興局総合支局長）
 （地方振興局長）

申請者 所在地
 （設置者）名 称
 代表者

⑩

指定障害福祉サービス事業者の指定を受けたいので、障害者自立支援法第36条第1項の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

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	（〒 ）				
	法人である場合は、その種別		法人所轄庁			
	連絡先	電話番号		FAX番号		
	代表者の職及び氏名	職名		フリガナ 氏 名		
	代表者の住所	（〒 ）				
	指定を受けようとする事業所の種類	フリガナ 名 称				
事業所の所在地		（〒 ）				
同一所在地において行う事業等の種類		指定申請をする事業等の事業開始年月日	様式	他の法律において既に指定を受けている事業等の有無	備考	
				有 ・ 無		
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」の欄及び「事業所所在地市町村番号」の欄には、記載しないでください。
- 2 「法人である場合は、その種別」の欄には、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」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄には、申請者が認可法人（特別の法律により設立され、かつ、その設立に関し行政官庁の許可を要する法人をいう。）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」の欄には、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて事業等の種類を記載してください。
- 5 付表1から付表4までの付表のうち、指定を受けようとする事業等に応じた付表を添付し、「様式」の欄に当該付表の名称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、その全てを記載してください。
- 6 「他の法律において既に指定を受けている事業等の有無」の欄には、該当するものに○印を記載するとともに、「有」とした場合には、別紙により、当該法律の名称等を記載し、添付してください。

他の法律において既に指定を受けている事業等について

法律の名称	指定年月日	指定事業所番号
	
	
	
	
	
	

(A 4)

付表1 居宅介護事業所等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	(〒)								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
管理者	フリガナ					住所	(〒)			
	氏名					住所				
	居宅介護事業従業者等の兼務の有無					有 ・ 無				
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼業の場合に記入)	事業所等の名称								
		兼務する職業及び勤務時間等								
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										
サービス提供責任者	フリガナ 氏名					住所	(〒)			
従業者の職種及び員数		居宅介護事業従業者		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)										
主な揭示事項										
		営業日								
		営業時間								
		指定居宅介護等の内容		身体介護・家事援助・通院等乗降介助・日常生活支援・外出介護・行動援護						
主たる対象者		居宅介護		身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者						
		外出介護		身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者						
		行動援護		知的障害者・障害児・精神障害者						
		利用料								
		その他の費用								
		通常の事業の実施地域								
その他の参考となる事項		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								
添付書類		別添のとおり。								

備考1 「受付番号」の欄及び「基準上の必要人数」の欄には、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、又は別紙に記載の上添付してください。

3 「主な掲載事項」の欄には、その内容を簡潔に記載してください。

4 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、この付表に出張所等に勤務する職員も含めて記載してください。

5 「その他の費用」の欄には、利用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。

6 「通常の事業の実施地域」の欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。

なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜、地図を添付してください。

7 次の事項を記載した書類を添付してください。

(1) 定款、寄附行為等及び登記簿謄本又は条例等

(2) 事業所の平面図

(3) 経歴書

(4) 運営規程

(5) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

(6) 勤務体制、形態一覧表

(7) 資産の状況(貸借対照表、財産目録等)及び設備、備品等一覧表

付表1-2 居宅介護事業等を事務所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ 名称				
	所在地	(〒)			
	連絡先	電話番号			FAX 番号
主な掲示事項					
営業日					
営業時間					
指定居宅介護等の内容		身体介護・家事援助・通院等乗降介助・日常生活支援・外出介護・行動援護			
主たる対象者		居宅介護	身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者		
		外出介護	身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者		
		行動援護	知的障害者・障害児・精神障害者		
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
その他の参考となる事項		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			
添付書類		別添のとおり。			

- 備考1 「受付番号」の欄には、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、又は別紙に記載の上添付してください。
- 3 「主な掲載事項」の欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」の欄には、利用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。
- 5 「通常の事業の実施地域」の欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。
 なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜、地図を添付してください。
- 6 次の事項を記載した書類を添付してください。
- (1) 定款、寄附行為等及び登記簿謄本又は条例等
 - (2) 事業所の平面図
 - (3) 経歴書
 - (4) 運営規程
 - (5) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
 - (6) 勤務体制・形態一覧表
 - (7) 資産の状況（貸借対照表、財産目録等）及び設備・備品等一覧表

(A4)

付表2 デイサービス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	(〒)						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
管理者	フリガナ 氏名				住所	(〒)		
	当該デイサービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)							
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼業の場合に記入)	事業所等の名称						
		兼務する職業及び勤務時間等						
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								
従業者の職種及び員数		指導員		介護職員		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								
営業日		単位ごとの営業日						
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ :)						
利用定員		人(単位ごとの定員)(① ②)						
主たる対象者		身体障害者・知的障害者(障害者デイサービスの場合のみ)						
利用料								
その他の費用								
指定デイサービスの内容及び事業の実施類型		基本型(I・II)	ア. 給付サービス	イ. 入浴サービス	ウ. 送迎サービス			
通常の事業の実施地域								
その他の参考となる事項		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						
添付書類		別添のとおり。						

- 備考1 「受付番号」の欄及び「基準上の必要人数」の欄には、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、又は別紙に記載の上添付してください。
- 3 「※兼務」の欄には、本体事業所との兼務を行う職員について記載してください。
- 4 「主な掲載事項」の欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 「その他の費用」の欄には、入浴に係る光熱水費、食事の提供に要する費用、創作的活動に係る材料費等について記載してください。
- 6 「通常の事業の実施地域」の欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。
 なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜、地図を添付してください。
- 7 次の事項を記載した書類を添付してください。
- (1) 定款、寄附行為等及び登記簿謄本又は条例等
 - (2) 事業所の平面図
 - (3) 経歴書
 - (4) 運営規程
 - (5) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
 - (6) 勤務体制・形態一覧表
 - (7) 資産の状況(貸借対照表、財産目録等)及び設備・備品等一覧表

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	(〒)							
管理者	フリガナ			住所	(〒)				
	氏名								
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼業の場合に記入)		事業所等の名称						
		兼務する職業及び勤務時間等							
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			
併設型の利用定員数		人		短期入所利用者		人(推定数を記入)			
前年度平均入所者数		空床型の場合		併設型の場合		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									
従業者の職種及び員数		医師		看護師		心理判定員		職能判定員	
		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)									
従業者数		職業指導員		生活支援員		栄養士		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)									
従業者数	常勤(人)	あん摩マッサージ指圧師		精神保健福祉士		その他の従業者			
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
主な掲載事項									
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									
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。							

- 備考1 「受付番号」の欄及び「基準上の必要人数」の欄には、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、又は別紙に記載の上添付してください。
- 3 「併設の利用定員数」の欄には、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」の欄は、推定数を記入してください。
- 5 「※兼務」の欄には、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。
- 6 「主な掲載事項」の欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 7 「その他の費用」の欄には、利用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。
- 8 「通常の送迎の実施地域」の欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。
 なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜、地図を添付してください。
- 9 次の事項を記載した書類を添付してください。
- (1) 定款、寄附行為等及び登記簿謄本又は条例等
 - (2) 建物の構造概要及び平面図
 - (3) 経歴書
 - (4) 運営規程
 - (5) 利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要
 - (6) 勤務体制・形態一覧表
 - (7) 資産の状況(貸借対照表、財産目録等)及び設備・備品等一覧表
 - (8) 協力医療機関との契約の内容が分かるもの

変更届出書

年 月 日

広域振興局長 様
 （広域振興局総合支局長）
 （地方振興局長）

事業者 住 所
 氏 名 ⑩
 （法人にあっては、主たる事務所の
 所在地、名称及び代表所の氏名）

指定障害福祉サービス事業に係る事業所の名称等に変更があったので、障害者自立支援法第46条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

		事業所番号									
指定内容を変更した事務所	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									
1	事業所の名称	(変更前)									
2	事務所の所在地（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、寄附行為及び登録簿謄本又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）										
7	事業所の平面図及び設備の概要										
8	事業所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		年 月 日									

備考1 該当する項目の番号に○を付してください。

2 変更内容が分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。

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

広域振興局長
 様
 （広域振興局総合支局長）
 （地方振興局長）

事業者 住 所
 氏 名 ④
 （法人にあつては、主たる事務所の
 所在地、名称及び代表者の氏名）

指定障害福祉サービス事業を廃止（休止、再開）したので、障害者自立支援法第46条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

	事業所番号																		
廃止（休止、再開）する事業所	名 称																		
	所 在 地																		
廃止（休止、再開）した年月日		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		年 月 日～ 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員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。

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）							
障 害 者 ・ 児	フリガナ		性 別	男・女	年 齢	歳	生年月日
	受診者氏名						年 月 日
	フリガナ					電話番号	
受 診 者 18 歳 未 の 場 合	フリガナ					受診者との関係	
	保護者氏名					電話番号	
	フリガナ						
保護者住所							
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	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	
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							
<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 ⑩</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">岩手県 保健所長 様</p>							

- 備考1 標題の新規・再認定・変更のいずれかに○を付してください。
- 2 「保護者住所」欄及び同欄の右の「電話番号」の欄は、受診者本人と異なる場合に記入してください。
- 3 「該当する所得区分」の欄及び「重度かつ継続」の欄は、該当する区分に○を付してください。
- 4 「受給者番号」の欄は、再認定又は変更の方のみ記入してください。
- 5 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。 -----

自治体記入欄

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 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 その他収入等を証明する書類（ ）				
前回の受給者番号				今回の受給者番号	
備考					

市町村名

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）

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 受信者住所				電話番号		
	フリガナ 保護者氏名				受診者との関係		
受診が18歳未満の場合	フリガナ 保護者住所				電話番号		
	受診者の被保険者証の記号及び番号	保険者名					
負担に 関する 事項	受診者と同一保険の加入者						
	該当する所得区分	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	
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							
<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>申請者氏名 ⑩</p> <p style="text-align:center">年 月 日</p> <p style="text-align:center">岩手県知事 様</p>							

- 備考1 標題の新規・再認定・変更のいずれかに○を付してください。
 2 「保護者住所」の欄及び同欄の右の「電話番号」の欄は、受診者本人と異なる場合に記入してください。
 3 「該当する所得区分」の欄及び「重度かつ継続」の欄は、該当する区分に○を付してください。
 4 「受給者番号」の欄は、再認定又は変更の方のみ記入してください。
 5 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。

自治体記入欄

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 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 その他収入等を証明する書類（ ）			
前回の受給者番号	今回の受給者番号	前回の有効期限		
備考				

診断書 (精神通院医療用)

氏名	年 月 日生 (歳)	男・女
住所		
① 病名 (ICD)カテゴリーは、F0～F9 又はG4のいずれかを記載してく ださい。)	主たる精神障害 _____ ICDカテゴリー () 従たる精神障害 _____ ICDカテゴリー () 身体合併症 _____	
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)	推定発病年月： _____ 年 _____ 月 _____ 日 推定初診年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (精神障害を主として初めて医療機関を受診した日について、診療録で確認するか、本人又は家族の申立てに基づき記入してください。)	
③ 現在の病状・状態像等 (該当する項目を○で囲んでください。)	<p>(1) 抑うつ状態</p> <p>1 思考・運動抑制 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()</p> <p>(2) 躁状態</p> <p>1 行為心泊 2 多弁 3 感情高揚・刺激性 4 その他 ()</p> <p>(3) 幻覚妄想状態</p> <p>1 幻覚 2 妄想 3 連合弛緩・減裂思考 4 その他 ()</p> <p>(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態</p> <p>1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()</p> <p>(5) 統合失調症等残遺状態</p> <p>1 自閉 2 感情鈍磨 3 意欲の減退 4 その他 ()</p> <p>(6) 情動及び行動の障害</p> <p>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 ()</p> <p>(7) 不安及び不穏</p> <p>1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 精神運動不穏 4 心気症状 5 その他 ()</p> <p>(8) 癡れん及び意識障害</p> <p>1 癡れん 2 意識障害 3 臨床発作はないが服薬が必要 4 てんかん発作 5 その他 ()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用及び依存</p> <p>1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他 ()</p> <p>(10) 知能障害</p> <p>1 知的障害 (精神選替)：ア軽度 イ中等度 ウ重度 エ認知症 (痴呆) (HDS-R 点)</p>	

④ 3の病状、状態像等の具体的程度、症状等 (該当する項目の○をチェックし、空欄に必要事項を記入してください。) その状態像が精神病あるいはそれと同等の病態あり、持続するか、あるいは消長を繰り返す てんかん発作のコントロールについて維持療法が必要 (おおよその発作頻度) 精神作用物質の乱用、依存からの脱却のため通院治療が必要である。 その他の状態 (具体的に)	⑤ 現在の治療内容 (1) 投 薬 内 容 (精神通院医療の対象と考えられるものについて記入してください。) □ 非定型抗精神病薬 □ 定型抗精神病薬 □ 抗うつ薬 □ 感情調整薬 □ 抗てんかん薬 □ 抗不安薬 □ 睡眠導入薬 □ 抗パーキンソン病薬 □ その他 (具体的に) (2) 精神療法、デイ・ケア利用等 (該当する項目にレ印を記入し、空欄に必要事項を記入してください。) □ 通院精神療法・分析療法 □ てんかん指導 □ 通院集団精神療法 □ 精神科デイ・ケア □ 訪問看護 □ その他 (具体的に) (3) 通院頻度 (規則的・不定期) 年 回程度 (4) 訪問看護指示の有無 (有・無)
⑥ 今後の治療方針 (該当する項目にレ印を記入し、空欄に必要事項を記入してください。) 現在の治療を継続する。(その他特記事項がある場合は、その具体的内容) その他の状況	
⑦ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (該当する項目にレ印を記入し、空欄に必要事項を記入してください。) □生活訓練施設 (援護寮) □福祉ホーム □グループホーム □小規模作業所 □ホームヘルプ □就労移行支援 (通所授産施設等) □就労継続支援 (雇用型：福祉工場等 非雇用型：通所授産施設等) □地域生活支援センター □ケアホーム □ショートステイ □保健師の訪問 □未利用 □その他 (具体的に)	
⑧ 「重度かつ継続」に関する判定 (該当する項目を○で囲み、「1.. 該当」の場合はア、イ、ウのうち該当する項目を○で囲んでください。) 1. 該当 (ア 精神保健指定医 イ 精神科歴3年以上の医師 ウ その他の医師) 2. 非該当	
⑨ 備考	年 月 日 医療機関所在地 名 称 電話番号 医師氏名 (自筆又は記名捺印)

様式第8号(第4条関係)

氏名		年 月 日 生 (歳)	男・女
住所			
<p>① 病名 (ICD カテゴリーは F0～F9 又は G4 のうち該当するコードを記載してください)</p> <p>..... ICD カテゴリー (.....) 月</p> <p>..... ICD カテゴリー (.....) 月</p> <p>..... ICD カテゴリー (.....) 月</p>			
<p>② 発病から現在までの病歴 (精定発病年月、精神科受診歴等)</p> <p>.....年 /月 /日 /年 /月 /日</p> <p>(精神障害を主として初めて医療機関を受診した日について、診療録で確認するか、本人又は家族の申立てに基づき記入してください)</p>			
<p>③ 現在の病状・状態像等 (該当する項目を○で囲んでください)</p> <p>(1) 思考・運動抑制 2 朝激性・興奮 3 変うつ気分</p> <p>(2) 強欲性</p> <p>(3) 強欲性</p> <p>(4) 強欲性</p> <p>(5) 強欲性</p> <p>(6) 強欲性</p> <p>(7) 強欲性</p> <p>(8) 強欲性</p> <p>(9) 強欲性</p> <p>(10) 強欲性</p>		<p>④ ③の病状・状態像等の具体的程度、症状等 (該当する項目の口をチェックし、空欄に必要事項を記入すること)</p> <p>□ その状態像が精神病あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは消滅を繰り返す</p> <p>□ てんかん発作の発作のコントロールが適切に維持されている</p> <p>□ 精神作用物質の乱用、依存からの脱却のため通院治療が必要である</p> <p>□ その他の状態 (具体的に)</p>	
<p>⑤ 現在の治療内容</p> <p>(1) 投薬内容 (精神科通院医療の対象と考えられるものについて記入してください)</p> <p>□ 非定型抗精神病薬 □ 定型抗精神病薬 □ 抗うつ薬 □ 感情調整薬 □ 抗不安薬 □ 睡眠導入薬 □ 抗パーキンソン病薬 □ その他 (具体的に)</p> <p>(2) 精神療法、デイ・ケア利用等 (該当する項目の口をチェック又は空欄に必要事項を記入してください)</p> <p>□ 通院精神療法・分析療法 □ てんかん指導 □ 通院集団精神療法 □ 精神科デイ・ケア □ 訪問看護 □ その他 (具体的に)</p>			

<p>(3) 通院頻度 (規則的・不定期) 年 回数</p> <p>(4) 訪問看護指示の有無 (有・無)</p>	<p>⑥ 現在の生活様式 (医療的配慮ではなく、例えばアパート等で単身生活を行った場合を想定して判断してください)</p> <p>・入院 (精神・総科) ・入所 (施設名) ・在宅 ・その他 ()</p>
<p>1 日常生活能力の判定 (該当する項目一つを○で囲んでください)</p> <p>(1) 適切な食事摂取</p> <p>(2) 身辺の清潔保持</p> <p>(3) 金銭管理と買い物</p> <p>(4) 通院と服薬 (薬・不要)</p> <p>(5) 通院にできる</p> <p>(6) 身辺の清潔保持</p> <p>(7) 社会的活動や公共施設の利用</p> <p>(8) 趣味・娯楽の関心、文化的社会的活動への参加</p>	<p>・援助があればできる ・できない</p>
<p>2 日常生活能力の程度 (該当する項目一つを○で囲んでください)</p> <p>(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通に行っている</p> <p>(2) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする</p> <p>(3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする</p> <p>(4) 精神障害を認め、身のまわりのことはほとんど出来ない</p>	<p>・援助があればできる ・できない</p> <p>・援助があればできる ・できない</p> <p>・援助があればできる ・できない</p> <p>・援助があればできる ・できない</p>
<p>⑦ 現在の精神保健福祉サービスの利用状況 (該当する項目にレ印を記入してください)</p> <p>□生活訓練施設 (保護寮) □福祉ホーム □グループホーム □小規模作業所 □ホームヘルプ</p> <p>□散歩移行支援 (通所授産施設等) □散歩継続支援 (雇用型) □福祉工場等 非雇用型: 通所授産施設等</p> <p>□地域生活支援センター □ケアホーム □ショートステイ □保健師の訪問</p> <p>□未利用 □その他 (具体的に)</p>	<p>⑧ 「重度かつ継続」に関する判定 (該当する項目を○で囲み、「1. 該当」の場合はア、イ、ウのうち該当する項目を○で囲むこと)</p> <p>1. 該当 (ア 精神保健指定医 イ 精神科歴3年以上の医師 ウ その他の医師)</p> <p>2. 非該当</p>
<p>⑨ 備考</p> <p>年 月 日</p> <p>医師氏名 (自署又は記名捺印)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>(A.3)</p>

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
	フリガナ		生年月日
	氏名		男・女
	フリガナ		年 月 日
住所			
保護者（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）	フリガナ		続柄
	フリガナ		
	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		年 月 日 から	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 Ⓜ</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">岩手県 保健所長 様</p>			

備考 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、自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（様式第4号）に記載してください。

様式第 10 号（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）			
受診者	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	フリガナ		生年月日
	住所		年 月 日
保護者（受診者が 18 歳未満の場合に記入してください。）	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		年 月 日 から 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 Ⓜ</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">岩手県知事 様</p>			

備考 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、自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（様式第 5 号）に記載してください。

自立支援医療受給者証 ・ 自己負担上限額管理票再交付申請書										
年 月 日										
岩手県知事 様										
申請者 (〒) (電話 - -)										
住所										
申請者 氏名 ㊟ 続柄(受給者の ・ 本人)										
自立支援医療受給者証 ・ 自己負担上限額管理票の再交付を次のとおり申請します。										
受診者	公費負担者番号								性別	男 ・ 女
	フリガナ									
	氏名									
	生年月日	年 月 日 (満 歳)								
	住所 (申請者と異なる場合のみ記入)	(〒) (電話 - -)								
再交付の理由	汚損による ・ 破損による ・ 紛失による									
注 汚損、破損の場合は、その自立支援医療受給者証 ・ 自己負担上限額管理票を添えて申請してください。										

保健所等 記入欄	特記事項						受付印
再交付申請書	受給者証	押印確認					

様式第 12 号（第 7 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			
	氏名又は名称			
標榜している診療科目				
担当しようとする医療の種類				
主として担当する医師又は 歯科医師の経歴		別紙 1	自立支援医療を行うため に必要な体制及び設備の 概要	別紙 2
自立支援医療を行うための収容設備の定員		人		
<p>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）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開設者 住 所 氏 名 ⑩ 〔法人にあっては、主たる事務所の 所在地、名称及び代表者の氏名〕</p> <p>岩手県知事 様</p>				

備考 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(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で消去してください。

(記載要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載してください。
- 2 「担当しようとする医療の種類」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
 - (2) 耳鼻咽喉科に関する医療
 - (3) 口腔に関する医療
 - (4) 整形外科に関する医療
 - (5) 形成外科に関する医療
 - (6) 中枢神経に関する医療
 - (7) 脳神経外科に関する医療
 - (8) 心臓脈管外科に関する医療
 - (9) 腎臓に関する医療
 - (10) 腎移植に関する医療
 - (11) 小腸に関する医療
 - (12) 歯科矯正に関する医療
 - (13) 免疫に関する医療
- 3 「自立支援医療を行うための収容設備の定員」は、医療の種類ごとに記載してください。
- 4 別紙1の「学位」は、専門科目に関する学位の有無を記載してください。
- 5 別紙1の「関係学会加入状況」は、加入している学会名及び学会における必要な記録を記載してください。
- 6 別紙1の「任免事項」は、次の点に留意して、記載してください。
 - (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付してください。
 - (2) 病院研究機関等医師又は歯科医師が勤務し、又は研究等のために利用した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載してください。(例えば、〇〇医科大学眼科学教室又は〇〇病院眼科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないでください。)
 - (3) 勤務先における身分(例えば、医長、医員、講師、助手等)を明確に記載してください。
 - (4) 非常勤職員については、1箇月又は1週間当たりの勤務日数、延時間数を明確に記載してください。
 - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は、それぞれの施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記入してください。(例えば、〇〇医科大学整形外科週4日(延〇時間勤務)、〇〇病院週2日(延〇時間勤務)等)
 - (6) 大学院については、専門コースを明確に記載してください。(例えば、〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科学教室等)
- 7 別紙1には、指導者氏名、研究テーマ、研究の内容別(講義の受講、臨床的研究、理論的研究、実習等)期間、従事日数(1箇月又は1週間当たり)、その他研究態様を明らかにするための主任教授等による証明書(別紙3)を添付してください。
- 8 腎臓に関する医療又は小腸に関する医療を担当しようとする場合は、それぞれ別紙4又は別紙5による臨床実績等に関する証明書を経歴書に添付してください。
- 9 別紙2には、それぞれの医療で特に必要とされるものを主に記載してください。

別紙1

経 歴 書

学 位	フリガナ 氏 名	----- ⑩	生年月日	
現 住 所				
関係学会 加入状況				
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学会に提出した論文名		

別紙2

自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要

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

研究内容に関する証明書

医療機関名
氏名

印

1 研究テーマ

2 研究の内容別期間等

(1) 教室における臨床実習

自 年 月 日

至 年 月 日

月間（1週 日 時間）

(2) 教授指導下での教室外における臨床実習

自 年 月 日

至 年 月 日

月間（1週 日 時間）

3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項

主論文

副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名

氏名

印

(A4)

別紙4

人口透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名
氏 名

㊞

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日
至 年 月 日

(2) 医療機関及び指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医 療 機 関 名 等
年 月～ 年 月	人	回	
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			
年 月～ 年 月			

3 透析療法従事職員研修受講の有無

- (1) 有 (年度研修)
(2) 無

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

㊞

(A4)

中心静脈栄養法等に関する臨床実績証明書

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
医療機関名	期 間	症 例 数	備 考
	年月日 年月日 ~ ~ ~	中心静脈栄養法 () () ()	
	年月日 年月日 ~ ~ ~	経腸栄養法	

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

㊞

(記載要領)

- 1 「医療機関名」の欄には、正式名称を記載してください。
- 2 「主たる担当医師名」の欄には、小腸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。
- 3 症例数を記載する欄には個々の症例を直近時からさかのぼって記載し、調査票の記入欄を満たす範囲内で症例数を計上すれば足ります。
ただし、既定の症例数（中心静脈栄養法 20 例以上、経腸栄養法 10 例以上）について、患者性別、年齢、期間等の一覧を別途添付してください。
- 4 中心静脈栄養法の症例数のうち、在宅中心静脈栄養法については（ ）内に再掲してください。
 - (1) 同一症例に対し断続的に繰り返し行った場合は、その都度、症例と数えて差し支えありません。
 - (2) 中心静脈栄養法を開始した時点からその中心静脈栄養法の終了した時点までが 10 日間以上のものを症例として計上してください。
なお、カテーテル感染によりカテーテルを抜去し、当日又は翌日に再挿入した場合は 1 回とみなし、複数の症例として計上しないでください。

(A 4)

様式第 13 号（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	
	氏名又は名称	
標榜している診療科目※		
主として担当する医師の経歴		別紙
<p>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）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所 氏 名 ⑩ 〔法人にあっては、主たる事務所の 所在地、名称及び代表者の氏名〕</p> <p>岩手県知事 様</p>		

※ 標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えないこととします。

(A 4)

(記載要領)

- 1 「保険医療機関」の名称は、正式名称を記載してください。
- 2 別紙の「任免事項」は、次の点に留意し、記載してください（主として担当する医師が複数ある場合には、そのうちいずれか1名について記載してください）。
 - (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付してください。
 - (2) 病院、診療所等医師が勤務した施設については、関係した専門科目名まで必ず記載してください。（例えば、〇〇医科大学精神科教室又は〇〇病院精神科のように記載し、〇〇医科大学、〇〇病院のように省略しないでください。）
 - (3) 勤務先における身分（例えば、医長、医員、講師、助手等）を明確に記載してください。
 - (4) 非常勤職員については、申請時点における直近1箇月又は1週間当たりの勤務日数、延時間数を明確に記載してください。
 - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は、申請の対象となる施設における勤務条件又は利用状況等を具体的に記載してください。（例えば、〇〇医科大学精神科週4日（延〇時間勤務）等）

(A4)

別紙

経 歴 書

フリガナ 氏 名	生年月日	
現 住 所		
年 月 日	任 免 事 項	

様式第 14 号（第 7 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			
	氏名又は名称			
薬 剤 師 の 氏 名			略 歴	別紙 1
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要			別紙 2	
<p>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）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所 氏 名 ⑩ 〔法人にあつては、主たる事務所の〕 所在地、名称及び代表者の氏名 〕</p> <p>岩手県知事 様</p>				

備考 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（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で消去してください。

(A 4)

別紙1

経 歴 書

学 位		フリガナ 氏 名	----- ⑩	生年月日	
現 住 所					
最終学歴					
主 たる 職 歴					

別紙 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		m ²
主たる設備	品 目		品 目

備考 1 薬局の見取図を添付してください。

- 2 主たる設備の欄には、薬局等構造設備規則（昭和 36 年厚生省令第 2 号）に掲げるもの以外のものがある場合にのみ、その主たるものを記載してください。

(A 4)

様式第 15 号（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			
	氏名又は名称			
薬 剤 師 の 氏 名			略 歴	別 紙
<p>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）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住 所 氏 名 ⑩ 〔法人にあつては、主たる事務所の〕 〔所在地、名称及び代表者の氏名〕</p> <p>岩手県知事 様</p>				

別紙

経 歴 書

学 位	フリガナ	生年月日
	氏 名	
現 住 所		
最終学歴		
主たる 職 歴		

様式第 16 号（第 7 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・ 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	別 紙
<p>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）として指定を受けたいので、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 主たる事務所の所在地 名 称 代表者の氏名 ㊟</p> <p>岩手県知事 様</p>		

備考 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(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で消去してください。

(A 4)

別紙

訪問看護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

備考 職員の定数は、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。

(A4)

様式第 17 号 (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	別 紙
<p>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) として指定を受けたいので、申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定居宅サービス事業者 指定訪問看護事業者 主たる事務所の所在地 名 称 代表者の氏名</p> <p>岩手県知事 様</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

別紙

訪問看護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

備考 職員の定数は、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。

(A4)

年 月 日

岩手県知事

様

開設者 住 所

氏 名

㊞

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

指定自立支援医療機関名称等変更届

指定自立支援医療機関の _____ を変更したいので、障害者自立支援法第 64 条の規定により、次のとおり届け出ます。

医 療 機 関 名	
代 表 者 氏 名	
所 在 地	〒
電 話 番 号	
医療機関等コード
変更等の内容	

(A 4)

年 月 日

岩手県知事

様

開設者 住 所

氏 名

⑩

〔 法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名 〕

指定自立支援医療機関休止（廃止、再開）届

指定自立支援医療機関を休止（廃止、再開）したので、障害者自立支援法施行規則第 63 条の規定により、次のとおり届け出ます。

医 療 機 関 名	
代 表 者 氏 名	
所 在 地	〒
電 話 番 号	
医療機関等コード
休止（廃止、再開） の理由	

(A 4)

年 月 日

岩手県知事 様

開設者 住 所
氏 名 ⑩
〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

指定自立支援医療機関辞退申出書

指定自立支援医療機関を辞退したいので、障害者自立支援法施行規則第 64 条の規定により、次のとおり申し出ます。

医 療 機 関 名	
代 表 者 氏 名	
所 在 地	〒
電 話 番 号	
医療機関等コード
辞退の理由	

(A 4)

年 月 日

広域振興局長 様
 (広域振興局総合支局長)
 (地方振興局長)

事業経営者 住 所
 氏 名 ⑩

〔法人にあつては、主たる事務所の
 所在地、名称及び代表者の氏名〕

障害福祉サービス事業開始（変更）届

障害福祉サービス事業を^{開始したい}変更したので、障害者自立支援法第79条第2項及び第3項の規定により、次のとおり届け出ます。

開始・変更する (した) 事業	種 類		
	提供する便宜等の 内容		
経営者 (法人)	氏 名 (名称)		
	住 所 (事務所の所在地)		
職 員 の 職 種	職 務 の 内 容	職 員 の 定 数	
		人	
		人	
		人	
		合 計	人
主な職員の氏名			
事 業 区 域			
事業の用に供する 施設	名 称		
	種 類		
	所 在 地		
	入所定員		
事業開始の予定年月日		年	月 日

備考1 開始の届出をする際には基本約款、主な職員の履歴書、収支予算書及び事業計画書を、変更の届出の際には基本約款及び主な職員の履歴書を添付してください。

2 記名及び押印は、署名をもってこれに代えることができます。

年 月 日

広域振興局長 様
(広域振興局総合支局長)
(地方振興局長)

事業経営者 住 所
氏 名 ㊟

〔法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名〕

障害者福祉サービス事業廃止（休止）届

障害福祉サービス事業を廃止（休止）したいので、障害者自立支援法第79条第4項の規定により、次のとおり届け出ます。

廃止・休止予定年月日	年 月 日
廃止・休止の理由	
現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置	
休 止 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで

備考 記名及び押印は、署名をもってこれに代えることができます。

(A4)