

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の一部を改正する規則をここに公布する。

令和2年6月30日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第41号

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の一部を改正する規則

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細則（平成18年香川県規則第42号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p>第4号様式（第4条関係） （表）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">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）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>年齢</td> <td>歳</td> <td colspan="3">生 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td>電 話 番 号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保 護 者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者の続柄</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td>電 話 番 号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保 護 者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者の続柄</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td>電 話 番 号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">負担額に関する事項</td> <td>受診者の被保険者証の記号及び番号</td> <td colspan="3"></td> <td>保 険 人</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>受診者と同一保険の加入者</td> <td colspan="3"></td> <td>氏 名</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>該 当 区 分</td> <td>生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td>高額治療継続者（重度か）</td> <td>該当・非該当</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>精神障害者保健福祉手帳番号</td> <td colspan="3"></td> <td>精神障害者保健福祉手帳の有効期限</td> <td colspan="4">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・指定訪問看護事業者等を含む。）</td> <td colspan="3">名 称 所 在 地 電 話 番 号</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">再場認定・記載変更の</td> <td>既存の自立支援医療受給者証の有効期限</td> <td colspan="3"></td> <td>自立支援医療費受給者番号</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>病状の変化及び治療方針の変更の有無</td> <td colspan="3"></td> <td>前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無</td> <td colspan="4">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td colspan="10">上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</td> </tr> <tr> <td colspan="10">年 月 日 申請者 氏 名 ㊟ 香川県知事 殿</td> </tr> </tbody> </table> <p>注 1 「新規・再認定・変更」の欄は、新規・再認定・変更のいずれかを○で囲んでください。 2 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満である場合に記載してください。その場合、「住所」の欄及び「電話番号」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。 3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。</p>	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）										受診者	フリガナ				年齢	歳	生 年 月 日			住 所				電 話 番 号					保 護 者	フリガナ				受診者の続柄					住 所				電 話 番 号					保 護 者	フリガナ				受診者の続柄					住 所				電 話 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 人					受診者と同一保険の加入者				氏 名					該 当 区 分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者（重度か）	該当・非該当						精神障害者保健福祉手帳番号				精神障害者保健福祉手帳の有効期限	令和 年 月 日				受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・指定訪問看護事業者等を含む。）	名 称 所 在 地 電 話 番 号									再場認定・記載変更の	既存の自立支援医療受給者証の有効期限				自立支援医療費受給者番号					病状の変化及び治療方針の変更の有無				前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無	有 ・ 無				上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。										年 月 日 申請者 氏 名 ㊟ 香川県知事 殿										<p>第4号様式（第4条関係） （表）</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="10">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）</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>性別</td> <td>男・女</td> <td>年齢</td> <td>歳</td> <td colspan="2">生 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td>電 話 番 号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保 護 者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者の続柄</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td>電 話 番 号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保 護 者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="3"></td> <td>受診者の続柄</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="3"></td> <td>電 話 番 号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">負担額に関する事項</td> <td>受診者の被保険者証の記号及び番号</td> <td colspan="3"></td> <td>保 険 人</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>受診者と同一保険の加入者</td> <td colspan="3"></td> <td>氏 名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>該 当 区 分</td> <td>生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td>高額治療継続者（重度か）</td> <td>該当・非該当</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td>精神障害者保健福祉手帳番号</td> <td colspan="3"></td> <td>精神障害者保健福祉手帳の有効期限</td> <td colspan="5">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・指定訪問看護事業者等を含む。）</td> <td colspan="3">名 称 所 在 地 電 話 番 号</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">再場認定・記載変更の</td> <td>既存の自立支援医療受給者証の有効期限</td> <td colspan="3"></td> <td>自立支援医療費受給者番号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>病状の変化及び治療方針の変更の有無</td> <td colspan="3"></td> <td>前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無</td> <td colspan="5">有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td colspan="10">上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</td> </tr> <tr> <td colspan="10">年 月 日 申請者 氏 名 ㊟ 香川県知事 殿</td> </tr> </tbody> </table> <p>注 1 「新規・再認定・変更」の欄は、新規・再認定・変更のいずれかを○で囲んでください。 2 「保護者」の欄は、受診者が18歳未満である場合に記載してください。その場合、「住所」の欄及び「電話番号」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。 3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。</p>	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）										受診者	フリガナ				性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日		住 所				電 話 番 号						保 護 者	フリガナ				受診者の続柄						住 所				電 話 番 号						保 護 者	フリガナ				受診者の続柄						住 所				電 話 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 人						受診者と同一保険の加入者				氏 名						該 当 区 分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者（重度か）	該当・非該当							精神障害者保健福祉手帳番号				精神障害者保健福祉手帳の有効期限	令和 年 月 日					受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・指定訪問看護事業者等を含む。）	名 称 所 在 地 電 話 番 号									再場認定・記載変更の	既存の自立支援医療受給者証の有効期限				自立支援医療費受給者番号						病状の変化及び治療方針の変更の有無				前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無	有 ・ 無					上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。										年 月 日 申請者 氏 名 ㊟ 香川県知事 殿									
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）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
受診者	フリガナ				年齢	歳	生 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	住 所				電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
保 護 者	フリガナ				受診者の続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	住 所				電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
保 護 者	フリガナ				受診者の続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	住 所				電 話 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 人																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	受診者と同一保険の加入者				氏 名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	該 当 区 分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者（重度か）	該当・非該当																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	精神障害者保健福祉手帳番号				精神障害者保健福祉手帳の有効期限	令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・指定訪問看護事業者等を含む。）	名 称 所 在 地 電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
再場認定・記載変更の	既存の自立支援医療受給者証の有効期限				自立支援医療費受給者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	病状の変化及び治療方針の変更の有無				前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無	有 ・ 無																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
年 月 日 申請者 氏 名 ㊟ 香川県知事 殿																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
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）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
受診者	フリガナ				性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
	住 所				電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
保 護 者	フリガナ				受診者の続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	住 所				電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
保 護 者	フリガナ				受診者の続柄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	住 所				電 話 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 人																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	受診者と同一保険の加入者				氏 名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	該 当 区 分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額治療継続者（重度か）	該当・非該当																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	精神障害者保健福祉手帳番号				精神障害者保健福祉手帳の有効期限	令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・指定訪問看護事業者等を含む。）	名 称 所 在 地 電 話 番 号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
再場認定・記載変更の	既存の自立支援医療受給者証の有効期限				自立支援医療費受給者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	病状の変化及び治療方針の変更の有無				前年度の支給認定に係る申請書への診断書の添付の有無	有 ・ 無																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
年 月 日 申請者 氏 名 ㊟ 香川県知事 殿																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

(裏) 略

第6号様式 (第4条関係)

自立支援医療 (精神通院医療) 診断書

フリガナ 氏名		年 月 日生 (満 歳)
住所		
1 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF 00～F 99、G 40のいずれかかを記載してください。)	(1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症	ICDコード () ICDコード ()
2 発病から現在までの病歴等 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載してください。)	(推定発病年月 年 月頃)	
3 現在の病状、状態像等 (該当する□に \surd 印を記入してください。)	4 3の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 (検査名、検査結果、検査時期) 等	
(1) 抑鬱状態 (2) 躁状態 (3) 幻覚妄想状態 (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 (5) 統合失調症等残遺状態 (6) 情動及び行動の障害 (7) 不安及び不穏 (8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) (9) 精神作用物質の乱用、依存等	<input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂鬱気分 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 行為心迫 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常 <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> てんかん発作 <input type="checkbox"/> 発作型 () 頻度 () <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 乱用 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 残遺性・遅発性精神病性障害 <input type="checkbox"/> その他 ()	

(裏) 略

第6号様式 (第4条関係)

自立支援医療 (精神通院医療) 診断書

フリガナ 氏名		年 月 日生 (満 歳)	男・女
住所			
1 病名 (ICDコードは、右の病名と対応するF 00～F 99、G 40のいずれかかを記載してください。)	(1) 主たる精神障害 (2) 従たる精神障害 (3) 身体合併症	ICDコード () ICDコード ()	
2 発病から現在までの病歴等 (推定発病年月、発病状況、初発症状、治療の経過、治療内容等を記載してください。)	(推定発病年月 年 月頃)		
3 現在の病状、状態像等 (該当する□に \surd 印を記入してください。)	4 3の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 (検査名、検査結果、検査時期) 等		
(1) 抑鬱状態 (2) 躁状態 (3) 幻覚妄想状態 (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 (5) 統合失調症等残遺状態 (6) 情動及び行動の障害 (7) 不安及び不穏 (8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) (9) 精神作用物質の乱用、依存等	<input type="checkbox"/> 思考・運動抑制 <input type="checkbox"/> 易刺激性、興奮 <input type="checkbox"/> 憂鬱気分 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 行為心迫 <input type="checkbox"/> 多弁 <input type="checkbox"/> 感情高揚・易刺激性 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 自閉 <input type="checkbox"/> 感情平板化 <input type="checkbox"/> 意欲の減退 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 爆発性 <input type="checkbox"/> 暴力・衝動行為 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> 食行動の異常 <input type="checkbox"/> チック・汚言 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 強度の不安・恐怖感 <input type="checkbox"/> 強迫体験 <input type="checkbox"/> 心的外傷に関連する症状 <input type="checkbox"/> 解離・転換症状 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> てんかん発作 <input type="checkbox"/> 発作型 () 頻度 () <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 覚醒剤 <input type="checkbox"/> 有機溶剤 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 乱用 <input type="checkbox"/> 依存 <input type="checkbox"/> 残遺性・遅発性精神病性障害 <input type="checkbox"/> その他 ()		

<p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状</p> <p>(12) その他 ()</p>	<p><input type="checkbox"/>知的障害(精神遅滞) <input type="checkbox"/>軽度 <input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>認知症 <input type="checkbox"/>その他の記憶障害 () <input type="checkbox"/>学習の困難 <input type="checkbox"/>読み <input type="checkbox"/>書き <input type="checkbox"/>算数 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>遂行機能障害 <input type="checkbox"/>注意障害 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/>コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/>限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>5 現在の治療内容</p> <p>(1) 投薬内容 (2) 精神療法等</p> <p>(3) 医療型デイケアの利用 (<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無) (4) 訪問看護指示の有無 (<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p>	
<p>6 今後の治療方針</p>	
<p>7 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (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規定する居宅介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導等) <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ()</p>	
<p>8 医師の経歴 (重度かつ継続に該当し、かつ、主たる精神障害がF40～F99と診断した場合に記載してください。) <input type="checkbox"/>精神保健指定医である。(指定医番号:) <input type="checkbox"/>精神保健指定医でない。(精神医療に3年以上従事した経歴を詳細に記載してください。)</p>	
<p>9 備考 (審査の参考となる事項を記載してください。)</p>	
<p>年 月 日</p> <p>医療機関 所在地 診療担当科名</p> <p>名 称 医師氏名 (署名又は記名押印)</p> <p>電話番号 ㊟</p>	

<p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状</p> <p>(12) その他 ()</p>	<p><input type="checkbox"/>知的障害(精神遅滞) <input type="checkbox"/>軽度 <input type="checkbox"/>中等度 <input type="checkbox"/>重度 <input type="checkbox"/>認知症 <input type="checkbox"/>その他の記憶障害 () <input type="checkbox"/>学習の困難 <input type="checkbox"/>読み <input type="checkbox"/>書き <input type="checkbox"/>算数 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>遂行機能障害 <input type="checkbox"/>注意障害 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>相互的な社会関係の質的障害 <input type="checkbox"/>コミュニケーションのパターンにおける質的障害 <input type="checkbox"/>限定した常同的で反復的な関心と活動 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>
<p>5 現在の治療内容</p> <p>(1) 投薬内容 (2) 精神療法等</p> <p>(3) 医療型デイケアの利用 (<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無) (4) 訪問看護指示の有無 (<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p>	
<p>6 今後の治療方針</p>	
<p>7 現在の障害福祉サービス等の利用状況 (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規定する居宅介護、自立訓練、共同生活援助その他の障害福祉サービス、訪問指導等) <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ()</p>	
<p>8 医師の経歴 (重度かつ継続に該当し、かつ、主たる精神障害がF40～F99と診断した場合に記載してください。) <input type="checkbox"/>精神保健指定医である。(指定医番号:) <input type="checkbox"/>精神保健指定医でない。(精神医療に3年以上従事した経歴を詳細に記載してください。)</p>	
<p>9 備考 (審査の参考となる事項を記載してください。)</p>	
<p>年 月 日</p> <p>医療機関 所在地 診療担当科名</p> <p>名 称 医師氏名 (署名又は記名押印)</p> <p>電話番号 ㊟</p>	

第9号様式（第5条関係）

		市町受付年月日			
自立支援医療費（精神通院医療）支給認定変更申請書 （指定自立支援医療機関）					
年 月 日					
香川県知事		殿		申請者 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56条第1項の規定により、次のとおり指定自立支援医療機関の変更を申請します。					
自立支援医療費受給者番号					
自立支援医療受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで			
受診者	氏名			生年月日	年 月 日
	住所			電話番号	
	個人番号	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	氏名			続柄	
	住所			電話番号	
	個人番号	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆
変更内容	指定自立支援医療機関	区分	名 称	所在地・電話番号	
			(変更前)	-----	
			(変更後)	-----	
			(変更前)	-----	
			(変更後)	-----	
			(変更前)	-----	
変更年月日		年 月 日			

注 1 「区分」の欄は、病院、診療所、指定訪問看護事業者、指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者又は薬局のいずれかを記入してください。
 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第9号様式（第5条関係）

		市町受付年月日			
自立支援医療費（精神通院医療）支給認定変更申請書 （指定自立支援医療機関）					
年 月 日					
香川県知事		殿		申請者 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56条第1項の規定により、次のとおり指定自立支援医療機関の変更を申請します。					
自立支援医療費受給者番号					
自立支援医療受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで			
受診者	氏名			性別	男・女
	住所			電話番号	
	個人番号	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	氏名			続柄	
	住所			電話番号	
	個人番号	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆
変更内容	指定自立支援医療機関	区分	名 称	所在地・電話番号	
			(変更前)	-----	
			(変更後)	-----	
			(変更前)	-----	
			(変更後)	-----	
			(変更前)	-----	
変更年月日		年 月 日			

注 1 「区分」の欄は、病院、診療所、指定訪問看護事業者、指定居宅サービス事業者、指定介護予防サービス事業者又は薬局のいずれかを記入してください。
 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第10号様式（第6条関係）

		市町受付年月日			
自立支援医療（精神通院医療）変更届出書					
受 診 者	フリガナ 氏名			生 年 月 日	
				年 月 日	
	住 所				
個 人 番 号					
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	フリガナ 氏 名			続 柄	
	住 所				
	個人番号				
自立支援医療費受給者番号					
自立支援医療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)				
そ の 他					
変 更 年 月 日		年 月 日			
備 考					
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第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者 氏名 ㊟ 香川県知事 殿					

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第10号様式（第6条関係）

		市町受付年月日			
自立支援医療（精神通院医療）変更届出書					
受 診 者	フリガナ 氏名			性 別	生 年 月 日
				男・女	年 月 日
	住 所				
個 人 番 号					
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	フリガナ 氏 名			続 柄	
	住 所				
	個人番号				
自立支援医療費受給者番号					
自立支援医療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)				
そ の 他					
変 更 年 月 日		年 月 日			
備 考					
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第32条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 年 月 日 届出者 氏名 ㊟ 香川県知事 殿					

注 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第11号様式（第7号関係）

		市町受付年月日			
自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書 年 月 日 香川県知事 殿 申請者 氏 名 ㊟ 自立支援医療受給者証を（破った、汚した、失った）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令第33条第1項の規定により、自立支援医療受給者証の再交付の申請をします。					
自立支援医療費受給者番号					
自立支援医療受給者証の有効期間		年 月 日から		年 月 日まで	
受診者	氏名			生年月日	年 月 日
	住所	電話番号			
	個人番号	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	氏名	続柄			
	住所	電話番号			
	個人番号	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆
再交付を申請する理由	いずれか該当するものに○印をしてください。 1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他 ()				

注 1 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合にあっては、当該自立支援医療受給者証を添付してください。
 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

第11号様式（第7号関係）

		市町受付年月日			
自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書 年 月 日 香川県知事 殿 申請者 氏 名 ㊟ 自立支援医療受給者証を（破った、汚した、失った）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令第33条第1項の規定により、自立支援医療受給者証の再交付の申請をします。					
自立支援医療費受給者番号					
自立支援医療受給者証の有効期間		年 月 日から		年 月 日まで	
受診者	氏名			性別	男・女 生年月日
	住所	電話番号			
	個人番号	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆
保護者 (受診者が18歳未満の場合に記載してください。)	氏名	続柄			
	住所	電話番号			
	個人番号	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆	┆┆┆┆┆┆┆┆
再交付を申請する理由	いずれか該当するものに○印をしてください。 1 紛失 2 破損 3 汚損 4 その他 ()				

注 1 自立支援医療受給者証を破り、又は汚した場合にあっては、当該自立支援医療受給者証を添付してください。
 2 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

附 則

- 1 この規則は、令和2年7月1日から施行する。
- 2 改正前の第4号様式、第6号様式、第9号様式、第10号様式及び第11号様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。