

身体障害者福祉法施行細則等の一部を改正する規則をここに公布する。
令和3年3月30日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第28号

身体障害者福祉法施行細則等の一部を改正する規則
(身体障害者福祉法施行細則の一部改正)

第1条 身体障害者福祉法施行細則(昭和34年香川県規則第36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号様式の2 (第8条関係)</p> <p style="text-align: center;">指 定 医 師 異 動 届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">届出者 住 所 氏 名</p> <p>次のとおり異動があったので届け出ます。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">指定医師氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">診療担当科目</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;">指定年月日</td> <td style="width:15%;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">指定に係る障害の種類</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="width:15%; text-align: center;">異 動 内 容</td> <td rowspan="2" style="width:5%; text-align: center;">(1)</td> <td style="width:10%;">氏 名</td> <td style="width:10%;">異動前</td> </tr> <tr> <td></td> <td>異動後</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(2)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">勤 務 先</td> <td>異動前</td> </tr> <tr> <td>異動後</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(3)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">勤 務 地</td> <td>異動前 (電話番号)</td> </tr> <tr> <td>異動後 (電話番号)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(4)</td> <td style="text-align: center;">廃 業</td> <td style="text-align: center;">(5)</td> <td style="text-align: center;">死 亡</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(6)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">その他</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">異動年月日</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table> <p>備考 1 歯科医師の場合は、「指定医師」を「指定歯科医師」と読み替えること。 2 異動内容欄については、該当する項目を○で囲み、(1)、(2)及び(3)については異動前後について記入し、(6)については具体的に内容を記入すること。</p>	指定医師氏名				診療担当科目		指定年月日	年 月 日	指定に係る障害の種類				異 動 内 容	(1)	氏 名	異動前		異動後	(2)	勤 務 先	異動前	異動後	(3)	勤 務 地	異動前 (電話番号)	異動後 (電話番号)	(4)	廃 業	(5)	死 亡	(6)	その他			異動年月日	年 月 日			<p>第4号様式の2 (第8条関係)</p> <p style="text-align: center;">指 定 医 師 異 動 届</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">届出者 住 所 氏 名</p> <p>次のとおり異動があったので届け出ます。</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">指定医師氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">診療担当科目</td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:15%;">指定年月日</td> <td style="width:15%;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">指定に係る障害の種類</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="width:15%; text-align: center;">異 動 内 容</td> <td rowspan="2" style="width:5%; text-align: center;">(1)</td> <td style="width:10%;">氏 名</td> <td style="width:10%;">異動前</td> </tr> <tr> <td></td> <td>異動後</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(2)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">勤 務 先</td> <td>異動前</td> </tr> <tr> <td>異動後</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">(3)</td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">勤 務 地</td> <td>異動前 (電話番号)</td> </tr> <tr> <td>異動後 (電話番号)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(4)</td> <td style="text-align: center;">廃 業</td> <td style="text-align: center;">(5)</td> <td style="text-align: center;">死 亡</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(6)</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">その他</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">異動年月日</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> </table> <p>備考 1 歯科医師の場合は、「指定医師」を「指定歯科医師」と読み替えること。 2 異動内容欄については、該当する項目を○で囲み、(1)、(2)及び(3)については異動前後について記入し、(6)については具体的に内容を記入すること。 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る。</p>	指定医師氏名				診療担当科目		指定年月日	年 月 日	指定に係る障害の種類				異 動 内 容	(1)	氏 名	異動前		異動後	(2)	勤 務 先	異動前	異動後	(3)	勤 務 地	異動前 (電話番号)	異動後 (電話番号)	(4)	廃 業	(5)	死 亡	(6)	その他			異動年月日	年 月 日		
指定医師氏名																																																																													
診療担当科目		指定年月日	年 月 日																																																																										
指定に係る障害の種類																																																																													
異 動 内 容	(1)	氏 名	異動前																																																																										
			異動後																																																																										
	(2)	勤 務 先	異動前																																																																										
			異動後																																																																										
	(3)	勤 務 地	異動前 (電話番号)																																																																										
			異動後 (電話番号)																																																																										
(4)	廃 業	(5)	死 亡																																																																										
(6)	その他																																																																												
異動年月日	年 月 日																																																																												
指定医師氏名																																																																													
診療担当科目		指定年月日	年 月 日																																																																										
指定に係る障害の種類																																																																													
異 動 内 容	(1)	氏 名	異動前																																																																										
			異動後																																																																										
	(2)	勤 務 先	異動前																																																																										
			異動後																																																																										
	(3)	勤 務 地	異動前 (電話番号)																																																																										
			異動後 (電話番号)																																																																										
(4)	廃 業	(5)	死 亡																																																																										
(6)	その他																																																																												
異動年月日	年 月 日																																																																												

第5号様式（第9条関係）

身体障害者診断書・意見書（ 障害用）

総括表

氏名	年 月 日 (日生 歳)	男 女
住所		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となった 疾病又は外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷戦災・疾病・ 自然災害・先天性・その他（ ）	
③ 疾病又は外傷の 発 生 年 月 日	年 月 日・場所	
④ 参考となる経過及び現症（エックス線写真及び検査所見を含む。） 障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見 将来再認定 要（再認定の時期 年 月）・不要 ※ 原則として、障害の程度が軽減すると見込まれる場合にあつては要を、それ以外の場合にあつては不要を○で囲んでください。		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科名 科 医師氏名		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入） 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。（ 級相当） ・該当しない。		
注 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害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。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、香川県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。		

第5号様式（第9条関係）

身体障害者診断書・意見書（ 障害用）

総括表

氏名	年 月 日 (日生 歳)	男 女
住所		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となった 疾病又は外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷戦災・疾病・ 自然災害・先天性・その他（ ）	
③ 疾病又は外傷の 発 生 年 月 日	年 月 日・場所	
④ 参考となる経過及び現症（エックス線写真及び検査所見を含む。） 障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見 将来再認定 要（再認定の時期 年 月）・不要 ※ 原則として、障害の程度が軽減すると見込まれる場合にあつては要を、それ以外の場合にあつては不要を○で囲んでください。		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科名 科 医師氏名 印		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入） 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。（ 級相当） ・該当しない。		
注 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 障害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。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、香川県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。		

第8号様式（第10条関係）

市福祉事務所・町受付	県 受 付

身体障害者居住地（氏名）変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 ふりがな
氏 名
電話番号

次のとおり居住地氏名を変更したので届け出ます。

変 更 年 月 日	年 月 日	
本人記載事項	ふりがな	新
	氏 名	旧
	個人番号	
居住地	新	
	旧	
保護者記載事項	ふりがな	新
	氏 名	旧
	居住地	新
身障者記載事項	手帳番号	都道府県（市） 第 号
	交付年月日	年 月 日
	障 害 名	種別及び等級
種	級	

注 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入してください。

第8号様式（第10条関係）

市福祉事務所・町受付	県 受 付

身体障害者居住地（氏名）変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 ふりがな
氏 名
電話番号

次のとおり居住地氏名を変更したので届け出ます。

変 更 年 月 日	年 月 日	
本人記載事項	ふりがな	新
	氏 名	旧
	個人番号	
居住地	新	
	旧	
保護者記載事項	ふりがな	新
	氏 名	旧
	居住地	新
身障者記載事項	手帳番号	都道府県（市） 第 号
	交付年月日	年 月 日
	障 害 名	種別及び等級
種	級	

注 1 保護者記載事項の欄は、本人が15歳未満の児童である場合のみ記入してください。

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12号様式（第13条関係）

身体障害者生活訓練等事業等開始届出書 年 月 日 香川県知事 殿 届出者 住 所 氏 名 〔法人にあつては、主たる事務所の所 在地及び名称並びに代表者の氏名〕 次のとおり身体障害者生活訓練等事業等を開始したいので、 身体障害者福祉法第26条第1項の規定により届け出ます。		<table border="1"> <tr> <th>職員の職種</th> <th>職員の定数</th> <th>職 務 の 内 容</th> </tr> <tr> <td></td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>合 計</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>主な職員の 氏 名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>主な職員の 経 歴</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> 事業を行おうとする区域及 び市町の委託を受けて事業 を行おうとする者にあつて は、当該市町の名称 </td> </tr> <tr> <td>介助犬訓 練事業又 は聴導犬 訓練事業 の用に供 する施設</td> <td>名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>種 類</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>所 在 地</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">事業開始の予定年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	職員の職種	職員の定数	職 務 の 内 容		人			人			人		合 計	人		主な職員の 氏 名			主な職員の 経 歴			事業を行おうとする区域及 び市町の委託を受けて事業 を行おうとする者にあつて は、当該市町の名称			介助犬訓 練事業又 は聴導犬 訓練事業 の用に供 する施設	名 称			種 類			所 在 地		事業開始の予定年月日		年 月 日
職員の職種	職員の定数	職 務 の 内 容																																				
	人																																					
	人																																					
	人																																					
合 計	人																																					
主な職員の 氏 名																																						
主な職員の 経 歴																																						
事業を行おうとする区域及 び市町の委託を受けて事業 を行おうとする者にあつて は、当該市町の名称																																						
介助犬訓 練事業又 は聴導犬 訓練事業 の用に供 する施設	名 称																																					
	種 類																																					
	所 在 地																																					
事業開始の予定年月日		年 月 日																																				
事 業 の 種 類																																						
事 業 の 内 容																																						
経 営 者 の 氏 名 〔法人にあつては、 名 称〕																																						
経 営 者 の 住 所 〔法人にあつては、主 たる事務所の所在地〕																																						
条例、定款その他の 基 本 約 款																																						

注 次に掲げる書類を添付すること（インターネットを利用して閲覧することができる場合を除く。）。

(1) 収支予算書
(2) 事業計画書

第13号様式（第14条関係）

第12号様式（第13条関係）

身体障害者生活訓練等事業等開始届出書 年 月 日 香川県知事 殿 届出者 住 所 氏 名 〔法人にあつては、主たる事務所の所 在地及び名称並びに代表者の氏名〕 次のとおり身体障害者生活訓練等事業等を開始したいので、 身体障害者福祉法第26条第1項の規定により届け出ます。		<table border="1"> <tr> <th>職員の職種</th> <th>職員の定数</th> <th>職 務 の 内 容</th> </tr> <tr> <td></td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>合 計</td> <td>人</td> <td></td> </tr> <tr> <td>主な職員の 氏 名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>主な職員の 経 歴</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> 事業を行おうとする区域及 び市町の委託を受けて事業 を行おうとする者にあつて は、当該市町の名称 </td> </tr> <tr> <td>介助犬訓 練事業又 は聴導犬 訓練事業 の用に供 する施設</td> <td>名 称</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>種 類</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>所 在 地</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">事業開始の予定年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	職員の職種	職員の定数	職 務 の 内 容		人			人			人		合 計	人		主な職員の 氏 名			主な職員の 経 歴			事業を行おうとする区域及 び市町の委託を受けて事業 を行おうとする者にあつて は、当該市町の名称			介助犬訓 練事業又 は聴導犬 訓練事業 の用に供 する施設	名 称			種 類			所 在 地		事業開始の予定年月日		年 月 日
職員の職種	職員の定数	職 務 の 内 容																																				
	人																																					
	人																																					
	人																																					
合 計	人																																					
主な職員の 氏 名																																						
主な職員の 経 歴																																						
事業を行おうとする区域及 び市町の委託を受けて事業 を行おうとする者にあつて は、当該市町の名称																																						
介助犬訓 練事業又 は聴導犬 訓練事業 の用に供 する施設	名 称																																					
	種 類																																					
	所 在 地																																					
事業開始の予定年月日		年 月 日																																				
事 業 の 種 類																																						
事 業 の 内 容																																						
経 営 者 の 氏 名 〔法人にあつては、 名 称〕																																						
経 営 者 の 住 所 〔法人にあつては、主 たる事務所の所在地〕																																						
条例、定款その他の 基 本 約 款																																						

注 1 次に掲げる書類を添付すること（インターネットを利用して閲覧することができる場合を除く。）。

(1) 収支予算書
(2) 事業計画書

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る。

第13号様式（第14条関係）

身体障害者生活訓練等事業等変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名

〔法人にあっては、主たる事務所の所
在地及び名称並びに代表者の氏名〕

次のとおり身体障害者生活訓練等事業等に関して、身体障害者福祉法第26条第1項の規定により届出を行った事項を変更したので、同条第2項の規定により届け出ます。

事業の種類		
変更年月日		年 月 日
変更 内容	変更前	
	変更後	

身体障害者生活訓練等事業等変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名



〔法人にあっては、主たる事務所の所
在地及び名称並びに代表者の氏名〕

次のとおり身体障害者生活訓練等事業等に関して、身体障害者福祉法第26条第1項の規定により届出を行った事項を変更したので、同条第2項の規定により届け出ます。

事業の種類		
変更年月日		年 月 日
変更 内容	変更前	
	変更後	

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る。

第14号様式（第15条関係）

身体障害者生活訓練等事業等廃止（休止）届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名

〔法人にあつては、主たる事務所の所
在地及び名称並びに代表者の氏名〕

次のとおり身体障害者生活訓練等事業等を廃止（休止）したいので、身体障害者福祉法第26条第3項の規定により届け出ます。

事業の種類	
廃止予定年月日	年 月 日
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日
廃止又は休止の理由	
現に便宜を受けている者に対する措置	

第14号様式（第15条関係）

身体障害者生活訓練等事業等廃止（休止）届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名



〔法人にあつては、主たる事務所の所
在地及び名称並びに代表者の氏名〕

次のとおり身体障害者生活訓練等事業等を廃止（休止）したいので、身体障害者福祉法第26条第3項の規定により届け出ます。

事業の種類	
廃止予定年月日	年 月 日
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日
廃止又は休止の理由	
現に便宜を受けている者に対する措置	

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る。

(香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部改正)

第2条 香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則(昭和45年香川県規則第17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				
第1号様式(第4条、第4条の2、第8条関係)					第1号様式(第4条、第4条の2、第8条関係)				
加入等申込書					加入等申込書				
年 月 日					年 月 日				
香川県知事 殿					香川県知事 殿				
申込者 氏 名					申込者 氏 名				
香川県心身障害者扶養共済制度の加入を希望するので、香川県心身障害者扶養共済					香川県心身障害者扶養共済制度の加入を希望するので、香川県心身障害者扶養共済				
制度条例第5条第1項の規定により申し込みます。					制度条例第5条第1項の規定により申し込みます。				
申	(ふりがな)	男・女	生年月日	年 月 日	申	(ふりがな)	男・女	生年月日	年 月 日
込	氏 名				込	氏 名			
者	住 所		心身障害者との続柄		者	住 所		心身障害者との続柄	
	(ふりがな)	男・女	生年月日	年 月 日		(ふりがな)	男・女	生年月日	年 月 日
	心身障害者氏名					心身障害者氏名			
口数の追加について		追加する・追加しない			口数の追加について		追加する・追加しない		
香川県心身障害者扶養共済制度の加入状況		加入している(加入番号)・加入していない			香川県心身障害者扶養共済制度の加入状況		加入している(加入番号)・加入していない		
他の共済制度の加入者が引き続き加入する場合	従前の地方公共団体名	加入番号	加入年月日	口数追加年月日	他の共済制度の加入者が引き続き加入する場合	従前の地方公共団体名	加入番号	加入年月日	口数追加年月日
			年 月 日	年 月 日				年 月 日	年 月 日
			年 月 日	年 月 日				年 月 日	年 月 日
確認欄	「心身障害者扶養共済制度(重要事項のご説明)」の内容を確認し、受領しました。また、この共済制度が加入目的に合致していることも確認しています。				確認欄	「心身障害者扶養共済制度(重要事項のご説明)」の内容を確認し、受領しました。また、この共済制度が加入目的に合致していることも確認しています。			㊟
注1 香川県心身障害者扶養共済制度においては、心身障害者を事後に変更できないものとします。					注1 記名押印に代えて署名することができます。				
2 次の書類を添付してください。					2 香川県心身障害者扶養共済制度においては、心身障害者を事後に変更できないものとします。				
(1) 新規加入の申込みの場合					3 次の書類を添付してください。				
ア 加入申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し					(1) 新規加入の申込みの場合				
イ 申込者(被保険者)告知書					ア 加入申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し				
ウ 加入申込者の扶養する心身障害者の障害の種類及び程度を証明する書類					イ 申込者(被保険者)告知書				
エ 特別掛金納付事由があるときは、特別掛金納付事由該当届書(第2号様式の2)					ウ 加入申込者の扶養する心身障害者の障害の種類及び程度を証明する書類				
(2) 口数追加の申込みの場合					エ 特別掛金納付事由があるときは、特別掛金納付事由該当届書(第2号様式の2)				
申込者(被保険者)告知書					(2) 口数追加の申込みの場合				
					申込者(被保険者)告知書				

第2号様式の2（第4条、第6条関係）

加入番号	
------	--

特別掛金納付事由該当届書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名

特別掛金納付事由に該当するので、香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の規定により届け出ます。

特別掛金納付事由の区分 〔該当する番号〕 を○で囲んで ください。	1 加入者が生活保護を受けていること。(生活保護世帯)
	2 加入者及びその世帯に属するすべての親族が前年度分の市町村民税を課せられず、又は免除されたこと。(市町村民税非課税世帯)
	3 加入者及びその世帯に属するすべての親族が前年度分の市町村民税の所得割を課せられなかったこと。(市町村民税均等割世帯)
	4 加入者及びその世帯に属するすべての親族が前々年分(1月から3月までの間は、前々々年分)の所得税を課せられなかったこと。(所得税非課税世帯)

注1 加入番号の欄は、この届書を加入等申込書(第1号様式)に添付する場合は、記入しないでください。

2 特別掛金納付事由に該当することを証明する書類を添付してください。

第2号様式の2（第4条、第6条関係）

加入番号	
------	--

特別掛金納付事由該当届書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名



特別掛金納付事由に該当するので、香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の規定により届け出ます。

特別掛金納付事由の区分 〔該当する番号〕 を○で囲んで ください。	1 加入者が生活保護を受けていること。(生活保護世帯)
	2 加入者及びその世帯に属するすべての親族が前年度分の市町村民税を課せられず、又は免除されたこと。(市町村民税非課税世帯)
	3 加入者及びその世帯に属するすべての親族が前年度分の市町村民税の所得割を課せられなかったこと。(市町村民税均等割世帯)
	4 加入者及びその世帯に属するすべての親族が前々年分(1月から3月までの間は、前々々年分)の所得税を課せられなかったこと。(所得税非課税世帯)

注1 加入番号の欄は、この届書を加入等申込書(第1号様式)に添付する場合は、記入しないでください。

2 記名押印に代えて署名することができます。

3 特別掛金納付事由に該当することを証明する書類を添付してください。

第2号様式の3（第6条関係）

加入番号	
------	--

特別掛金納付事由消滅届書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名

特別掛金納付事由が消滅したので、香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第6条第2項の規定により届け出ます。

消 滅 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

第2号様式の3（第6条関係）

加入番号	
------	--

特別掛金納付事由消滅届書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名



特別掛金納付事由が消滅したので、香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第6条第2項の規定により届け出ます。

消 滅 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

注 記名押印に代えて署名することができます。

第4号様式（第8条関係）

年金支給請求書

加入番号			口数追加の有無	有・無
共済対象障害者	氏名			
	住所			
年金管理者	氏名			
	住所			
加入者	氏名			
	死亡し、又は著しい身体障害がある状態となった年月日	年 月 日 (死亡・著しい身体障害)		
口座振替の申出	有・無	金融機関名		
		預金種目	普通・当座	
		口座番号		
		(ふりがな) 口座名義		
香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第8条第1項の規定により年金の支給を請求します。				
年 月 日				
香川県知事 殿				
請求者 氏 名				

注 次の書類を添付してください。

(1) 加入者の死亡に係る場合

ア 加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日（口数追加加入者である場合は、口数追加の日）から2年以内のものであるときは、死亡証明書又は死体検案書

イ 加入者の消除された住民票の写し

ウ 共済対象障害者の住民票の写し

(2) 加入者の著しい身体障害に係る場合

ア 加入者の障害診断書

イ 加入者の住民票の写し

ウ 共済対象障害者の住民票の写し

第4号様式（第8条関係）

年金支給請求書

加入番号			口数追加の有無	有・無
共済対象障害者	氏名			
	住所			
年金管理者	氏名			
	住所			
加入者	氏名			
	死亡し、又は著しい身体障害がある状態となった年月日	年 月 日 (死亡・著しい身体障害)		
口座振替の申出	有・無	金融機関名		
		預金種目	普通・当座	
		口座番号		
		(ふりがな) 口座名義		
香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第8条第1項の規定により年金の支給を請求します。				
年 月 日				
香川県知事 殿				
請求者 氏 名 ㊟				

注1 記名押印に代えて署名することができます。

2 次の書類を添付してください。

(1) 加入者の死亡に係る場合

ア 加入者の死亡診断書若しくは死体検案書又はこれらに代わるべき書類。ただし、当該加入者の死亡が加入した日（口数追加加入者である場合は、口数追加の日）から2年以内のものであるときは、死亡証明書又は死体検案書

イ 加入者の消除された住民票の写し

ウ 共済対象障害者の住民票の写し

(2) 加入者の著しい身体障害に係る場合

ア 加入者の障害診断書

イ 加入者の住民票の写し

ウ 共済対象障害者の住民票の写し

第8号様式（第9条関係）

加入番号	※
年金証書番号	※

加入証書等再交付申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 氏 名

香川県心身障害者扶養共済制度加入証書
香川県心身障害者扶養共済制度口数追加証書を亡失し、又は損傷したので、香川県心
香川県心身障害者扶養共済制度年金証書

身障害者扶養共済制度条例施行規則第9条の規定により再交付を申請します。

加 入 者	氏 名	
	住 所	
共済対象障害者 (年金受給権者)	氏 名	
	住 所	
年 金 管 理 者	氏 名	
	住 所	
証書の交付を受けた年月		年 月

注 ※の欄は、記入しないでください。

第8号様式（第9条関係）

加入番号	※
年金証書番号	※

加入証書等再交付申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 氏 名 ㊟

香川県心身障害者扶養共済制度加入証書
香川県心身障害者扶養共済制度口数追加証書を亡失し、又は損傷したので、香川県心
香川県心身障害者扶養共済制度年金証書

身障害者扶養共済制度条例施行規則第9条の規定により再交付を申請します。

加 入 者	氏 名	
	住 所	
共済対象障害者 (年金受給権者)	氏 名	
	住 所	
年 金 管 理 者	氏 名	
	住 所	
証書の交付を受けた年月		年 月

注1 ※の欄は、記入しないでください。

2 記名押印に代えて署名することができます。

第9号様式（第10条関係）

弔慰金支給請求書

加入番号		加入年月日	年 月 日
口数追加の有無	有・無	口数追加年月日	年 月 日
共済対象障害者	氏名	死亡年月日	年 月 日
	死亡の原因 となった傷病名		
口座振替の申出	有・無	金融機関名	
		預金種目	普通・当座
		口座番号	
		(ふりがな) 口座名義	
香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第10条第1項の規定により弔慰金の支給を請求します。			
香川県知事 殿		年 月 日	
		請求者 住所 氏名	

注 次の書類を添付してください。

- (1) 加入者の住民票の写し
- (2) 共済対象障害者の削除された住民票の写し

第9号様式（第10条関係）

弔慰金支給請求書

加入番号		加入年月日	年 月 日
口数追加の有無	有・無	口数追加年月日	年 月 日
共済対象障害者	氏名	死亡年月日	年 月 日
	死亡の原因 となった傷病名		
口座振替の申出	有・無	金融機関名	
		預金種目	普通・当座
		口座番号	
		(ふりがな) 口座名義	
香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第10条第1項の規定により弔慰金の支給を請求します。			
香川県知事 殿		年 月 日	
		請求者 住所 氏名	㊟

注1 記名押印に代えて署名することができます。

2 次の書類を添付してください。

- (1) 加入者の住民票の写し
- (2) 共済対象障害者の削除された住民票の写し

第9号様式の2（第10条の2関係）

脱退一時金支給請求書

加入番号		加入年月日	年 月 日
共済対象障害者氏名		口数追加年月日	年 月 日
脱退区分	1 1口目脱退 2 2口目脱退 3 1及び2の同時脱退		
脱退した年月	年 月		
口座振替の申出	有・無	金融機関名	
		預金種目	普通・当座
		口座番号	
		(ふりがな) 口座名義	
香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第10条の2第1項の規定により脱退一時金の支給を請求します。			
年 月 日			
香川県知事 殿			
請求者 住所 氏名			

第9号様式の2（第10条の2関係）

脱退一時金支給請求書

加入番号		加入年月日	年 月 日
共済対象障害者氏名		口数追加年月日	年 月 日
脱退区分	1 1口目脱退 2 2口目脱退 3 1及び2の同時脱退		
脱退した年月	年 月		
口座振替の申出	有・無	金融機関名	
		預金種目	普通・当座
		口座番号	
		(ふりがな) 口座名義	
香川県心身障害者扶養共済制度条例施行規則第10条の2第1項の規定により脱退一時金の支給を請求します。			
年 月 日			
香川県知事 殿			
請求者 住所 氏名 ㊟			

注 記名押印に代えて署名することができます。

第10号様式（第12条関係）

加入番号	
年金証書番号	

氏名住所変更届書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名

加入者 氏名
共済対象障害者（年金受給権者）の住所
年金 管 理 者 住所
に変更があったので、香川県心身障害者扶養

第17条第1項第1号
共済制度条例第17条第2項の規定により届け出ます。
第17条第3項第1号

	変 更 後	変 更 前
(ふりがな) 氏 名		
住 所		
変 更 年 月 日	年 月 日	

第10号様式（第12条関係）

加入番号	
年金証書番号	

氏名住所変更届書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名



加入者 氏名
共済対象障害者（年金受給権者）の住所
年金 管 理 者 住所
に変更があったので、香川県心身障害者扶養

第17条第1項第1号
共済制度条例第17条第2項の規定により届け出ます。
第17条第3項第1号

	変 更 後	変 更 前
(ふりがな) 氏 名		
住 所		
変 更 年 月 日	年 月 日	

注 記名押印に代えて署名することができます。

第11号様式（第12条関係）

加入番号	
年金証書番号	

死 亡 届 書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名

共済対象障害者（年金受給権者）
年金 管 理 者 が死亡したので、香川県心身障害者扶養共済制度

条例第17条第1項第2号
第17条第3項第2号の規定により届け出ます。

死 亡 者 氏 名	
死 亡 年 月 日	年 月 日
死亡の原因となった傷病名	

第11号様式（第12条関係）

加入番号	
年金証書番号	

死 亡 届 書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名 ㊟

共済対象障害者（年金受給権者）
年金 管 理 者 が死亡したので、香川県心身障害者扶養共済制度

条例第17条第1項第2号
第17条第3項第2号の規定により届け出ます。

死 亡 者 氏 名	
死 亡 年 月 日	年 月 日
死亡の原因となった傷病名	

注 記名押印に代えて署名することができます。

第12号様式（第12条関係）

加入番号	
------	--

年金管理者指定届書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名

年金管理者を指定したので、香川県心身障害者扶養共済制度条例第17条第1項第3号の規定により届け出ます。

年金 管 理 者	氏 名	
	住 所	
	共済対象障害者 との続柄	
共済対象障害者氏名		

私は、香川県心身障害者扶養共済制度条例第8条第1項に規定する年金管理者になることに同意し、誠意をもって共済対象障害者の年金を受領し、かつ、管理することを誓約します。

年 月 日

年金管理者 氏 名

第12号様式（第12条関係）

加入番号	
------	--

年金管理者指定届書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住 所
氏 名 ㊟

年金管理者を指定したので、香川県心身障害者扶養共済制度条例第17条第1項第3号の規定により届け出ます。

年金 管 理 者	氏 名	
	住 所	
	共済対象障害者 との続柄	
共済対象障害者氏名		

私は、香川県心身障害者扶養共済制度条例第8条第1項に規定する年金管理者になることに同意し、誠意をもって共済対象障害者の年金を受領し、かつ、管理することを誓約します。

年 月 日

年金管理者 氏 名 ㊟

注 記名押印に代えて署名することができます。

第13号様式（第12条関係）

加入番号	
------	--

年金管理者変更届書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住所
氏 名

年金管理者を変更したので、香川県心身障害者扶養共済制度条例第17条第1項第3号の規定により届け出ます。

年金 管 理 者		変 更 後	変 更 前
	(ふりがな) 氏 名		
	住 所		
	共済対象障害者 との続柄	\	
共済対象障害者氏名			
変 更 理 由			
変 更 年 月 日		年 月 日	

私は、香川県心身障害者扶養共済制度条例第8条第1項に規定する年金管理者になることに同意し、誠意をもって共済対象障害者の年金を受領し、かつ、管理することを誓約します。

年 月 日

年金管理者 氏 名

第13号様式（第12条関係）

加入番号	
------	--

年金管理者変更届書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住所
氏 名 ㊟

年金管理者を変更したので、香川県心身障害者扶養共済制度条例第17条第1項第3号の規定により届け出ます。

年金 管 理 者		変 更 後	変 更 前
	(ふりがな) 氏 名		
	住 所		
	共済対象障害者 との続柄	\	
共済対象障害者氏名			
変 更 理 由			
変 更 年 月 日		年 月 日	

私は、香川県心身障害者扶養共済制度条例第8条第1項に規定する年金管理者になることに同意し、誠意をもって共済対象障害者の年金を受領し、かつ、管理することを誓約します。

年 月 日

年金管理者 氏 名 ㊟

注 記名押印に代えて署名することができます。

第14号様式（第12条関係）

年金証書番号


年金支給停止事由発生（消滅）届書

年金受給権者	氏名	
	住所	
支給停止事由の発生（消滅）年月日		年 月 日
支給停止事由 〔該当する番号を○で囲んでください。〕	発生の場合	<ol style="list-style-type: none"> 年金受給権者の所在が1月以上不明である。 年金受給権者が懲役又は禁錮の刑に処せられ、刑の執行を受けている。 年金受給権者が日本国内に住所を有しない。
	消滅の場合	<ol style="list-style-type: none"> 年金受給権者の所在が明らかになった。 年金受給権者が懲役又は禁錮の刑の執行を終えた。 年金受給権者が日本国内に住所を有するようになった。
<p>年金の支給停止事由が発生（消滅）したので、香川県心身障害者扶養共済制度条例第17条第3項第3号の規定により届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏 名</p>		

第14号様式（第12条関係）

年金証書番号

年金支給停止事由発生（消滅）届書

年金受給権者	氏名	
	住所	
支給停止事由の発生（消滅）年月日		年 月 日
支給停止事由 〔該当する番号を○で囲んでください。〕	発生の場合	<ol style="list-style-type: none"> 年金受給権者の所在が1月以上不明である。 年金受給権者が懲役又は禁錮の刑に処せられ、刑の執行を受けている。 年金受給権者が日本国内に住所を有しない。
	消滅の場合	<ol style="list-style-type: none"> 年金受給権者の所在が明らかになった。 年金受給権者が懲役又は禁錮の刑の執行を終えた。 年金受給権者が日本国内に住所を有するようになった。
<p>年金の支給停止事由が発生（消滅）したので、香川県心身障害者扶養共済制度条例第17条第3項第3号の規定により届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香川県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">届出者 氏 名 </p>		

注 記名押印に代えて署名することができます。

第15号様式（第12条関係）

年金証書番号

年金受給権者現況届書

年金受給権者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
	住所				
	年金受給権者の有無	1 有 (1) 父 (2) 母 (3) 祖父母 (4) 兄弟姉妹 (5) その他の親族 (6) その他 () 2 無			
香川県心身障害者扶養共済制度条例第17条第4項の規定により届け出ます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 香川県知事 殿 <p style="text-align: right;">届出者 氏名</p>					

注 年金受給権者の住民票の写しを添付してください。ただし、県内に住所を有する者については、添付を省略することができます。

第15号様式（第12条関係）

年金証書番号

年金受給権者現況届書

年金受給権者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
	住所				
	年金受給権者の有無	1 有 (1) 父 (2) 母 (3) 祖父母 (4) 兄弟姉妹 (5) その他の親族 (6) その他 () 2 無			
香川県心身障害者扶養共済制度条例第17条第4項の規定により届け出ます。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 香川県知事 殿 <p style="text-align: right;">届出者 氏名 ㊟</p>					

注1 記名押印に代えて署名することができます。

注2 年金受給権者の住民票の写しを添付してください。ただし、県内に住所を有する者については、添付を省略することができます。

(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)

第3条 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63年香川県規則第36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1号様式(第2条関係)</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">精神障害者等の診察保護申請書</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4">香川県 保健所長 殿</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">申請者 氏 名</td> </tr> <tr> <td colspan="4">精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条第1項の規定に基づく指定医の診察及び必要な保護を申請します。</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">申請者</td> <td>氏 名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">本人</td> <td>氏 名</td> <td></td> <td>性 別 男・女</td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>現在場所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>症状の概要</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保護の任に当る者</td> <td>氏 名</td> <td></td> <td>本人との続柄</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		精神障害者等の診察保護申請書				年 月 日				香川県 保健所長 殿				申請者 氏 名				精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条第1項の規定に基づく指定医の診察及び必要な保護を申請します。				申請者	氏 名			住 所			生年月日	年 月 日		本人	氏 名		性 別 男・女	居住地			現在場所			生年月日	年 月 日		症状の概要				保護の任に当る者	氏 名		本人との続柄	住 所			<p>第1号様式(第2条関係)</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">精神障害者等の診察保護申請書</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: right;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4">香川県 保健所長 殿</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">申請者 氏 名</td> </tr> <tr> <td colspan="4">精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条第1項の規定に基づく指定医の診察及び必要な保護を申請します。</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">申請者</td> <td>氏 名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">本人</td> <td>氏 名</td> <td></td> <td>性 別 男・女</td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>現在場所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>症状の概要</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">保護の任に当る者</td> <td>氏 名</td> <td></td> <td>本人との続柄</td> </tr> <tr> <td>住 所</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>(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る。</p>		精神障害者等の診察保護申請書				年 月 日				香川県 保健所長 殿				申請者 氏 名				精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条第1項の規定に基づく指定医の診察及び必要な保護を申請します。				申請者	氏 名			住 所			生年月日	年 月 日		本人	氏 名		性 別 男・女	居住地			現在場所			生年月日	年 月 日		症状の概要				保護の任に当る者	氏 名		本人との続柄	住 所		
精神障害者等の診察保護申請書																																																																																																															
年 月 日																																																																																																															
香川県 保健所長 殿																																																																																																															
申請者 氏 名																																																																																																															
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条第1項の規定に基づく指定医の診察及び必要な保護を申請します。																																																																																																															
申請者	氏 名																																																																																																														
	住 所																																																																																																														
	生年月日	年 月 日																																																																																																													
本人	氏 名		性 別 男・女																																																																																																												
	居住地																																																																																																														
	現在場所																																																																																																														
	生年月日	年 月 日																																																																																																													
症状の概要																																																																																																															
保護の任に当る者	氏 名		本人との続柄																																																																																																												
	住 所																																																																																																														
精神障害者等の診察保護申請書																																																																																																															
年 月 日																																																																																																															
香川県 保健所長 殿																																																																																																															
申請者 氏 名																																																																																																															
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条第1項の規定に基づく指定医の診察及び必要な保護を申請します。																																																																																																															
申請者	氏 名																																																																																																														
	住 所																																																																																																														
	生年月日	年 月 日																																																																																																													
本人	氏 名		性 別 男・女																																																																																																												
	居住地																																																																																																														
	現在場所																																																																																																														
	生年月日	年 月 日																																																																																																													
症状の概要																																																																																																															
保護の任に当る者	氏 名		本人との続柄																																																																																																												
	住 所																																																																																																														

第2号様式（第3条関係）

精神障害者退院申出届					
年 月 日					
香川県 保健所長 殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名					
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項の要件に該当すると認められる次の者から退院の申出があったので、同法第26条の2の規定により届け出ます。					
精神障害者	氏 名			性別	男・女
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院年月日	年 月 日	
	病 名				
入院形態名					
退院申出年月日		年 月 日			
退院予定年月日		年 月 日			
退院申出の理由					
症状の概要					

第2号様式（第3条関係）

精神障害者退院申出届					
年 月 日					
香川県 保健所長 殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名 ㊟					
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条第1項の要件に該当すると認められる次の者から退院の申出があったので、同法第26条の2の規定により届け出ます。					
精神障害者	氏 名			性別	男・女
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院年月日	年 月 日	
	病 名				
入院形態名					
退院申出年月日		年 月 日			
退院予定年月日		年 月 日			
退院申出の理由					
症状の概要					

（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る。

第7号様式（第8条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
措置入院者転院届					
年 月 日					
香川県知事殿					
所在地					
申請者 病院名					
管理者名					
次の措置入院者について転院させる必要がありますので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第8条の規定により届け出ます。					
措置入院者	氏 名				
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院措置 年 月 日	年 月 日	
	病 名				
	公費負担 医療の 受給者番号				
理 由					
転院希望先	病 院 名				
	所 在 地				
転院希望年月日		年 月 日			
診察した精神保健 指定医氏名		(署名)			

第7号様式（第8条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
措置入院者転院届					
年 月 日					
香川県知事殿					
所在地					
申請者 病院名					
管理者名					
次の措置入院者について転院させる必要がありますので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第8条の規定により届け出ます。					
措置入院者	氏 名				
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院措置 年 月 日	年 月 日	
	病 名				
	公費負担 医療の 受給者番号				
理 由					
転院希望先	病 院 名				
	所 在 地				
転院希望年月日		年 月 日			
診察した精神保健 指定医氏名		(署名)			

(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る。

第9号様式（第10条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者症状消退届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所				
入院措置年月日	年 月 日				
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症		
入院後の病状又は 状態像の経過の概要 (措置症状消退と 関連して記載す ること。)					
措置症状の消退を 認めた精神保健 指定医氏名	(署名)				
措置解除後の 処置に関する意見	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()				
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他 ()				
帰住先の住所					
訪問指導等に 関する意見 障害福祉サービス等 の活用に関する意見	----- -----				
主治医氏名					

(注) 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。

第9号様式（第10条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者症状消退届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所				
入院措置年月日	年 月 日				
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症		
入院後の病状又は 状態像の経過の概要 (措置症状消退と 関連して記載す ること。)					
措置症状の消退を 認めた精神保健 指定医氏名	(署名)				
措置解除後の 処置に関する意見	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他 ()				
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他 ()				
帰住先の住所					
訪問指導等に 関する意見 障害福祉サービス等 の活用に関する意見	----- -----				
主治医氏名					

(注) 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
2 氏名の記載で自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第10号様式（第11条関係）

費用徴収額減免申請書				
年 月 日				
香川県知事殿				
氏 名				
申請者 続 柄				
住 所				
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第11条第3項の規定により、 次のとおり費用徴収額の減免を申請します。				
措置入院者等	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日	入院措置 年 月 日	年 月 日
入 院 先 病 院 名				
費 用 徴 収 額		円		
減 免 申 請 額		円		
理 由				

(注) 理由を証明するのに必要な書類を添付すること。

第10号様式（第11条関係）

費用徴収額減免申請書				
年 月 日				
香川県知事殿				
氏 名				
申請者 続 柄				
住 所				
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第11条第3項の規定により、 次のとおり費用徴収額の減免を申請します。				
措置入院者等	氏 名			
	住 所			
	生年月日	年 月 日	入院措置 年 月 日	年 月 日
入 院 先 病 院 名				
費 用 徴 収 額		円		
減 免 申 請 額		円		
理 由				

(注) 理由を証明するのに必要な書類を添付すること。

第15号様式（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所				
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日		
		入院形態			
第34条による移送の有無	有・無				
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症		
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)				
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
初回から前回までの入院回数	計 回				
現在の精神症状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害 III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲				

第15号様式（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所				
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日		
		入院形態			
第34条による移送の有無	有・無				
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症		
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)	(陳述者氏名 続柄)				
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)				
初回から前回までの入院回数	計 回				
現在の精神症状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害 III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲				

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()

医療保護入院の 必要性 〔患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。〕	
--	--

入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	(署名)				
同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄		年 月 日生
	住所				
	1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日) 8 市町長				

審査会意見	
香川県の措置	

(注)

- 1 []内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はない。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること(特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7第2項入院」と記載すること。)。なお、複数の入院形態を経ている場合には順に記載すること。
- 3 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 4 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「同意をした家族等の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 8 「同意をした家族等の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 9 推定される医療保護入院による入院期間及び選定された退院後生活環境相談員を記載した医療法施行規則第1条の5に規定する入院診療計画書の写しを添付すること。

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()

医療保護入院の 必要性 〔患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。〕	
--	--

入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	(署名)				
同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄		年 月 日生
	住所				
	1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日) 8 市町長				

審査会意見	
香川県の措置	

(注)

- 1 []内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はない。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること(特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7第2項入院」と記載すること。)。なお、複数の入院形態を経ている場合には順に記載すること。
- 3 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 4 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「同意をした家族等の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 8 「同意をした家族等の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 9 推定される医療保護入院による入院期間及び選定された退院後生活環境相談員を記載した医療法施行規則第1条の5に規定する入院診療計画書の写しを添付すること。
- 10 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る。

第16号様式（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による医療保護入院者の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が特定医師の診察により医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所				
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日 入院形態	年 月 日		
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症		
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者氏名 続柄)				
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)		計 回		
現在の精神症状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害 III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識				

第16号様式（第16条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による医療保護入院者の入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が特定医師の診察により医療保護入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所				
家族等の同意により入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日 入院形態	年 月 日		
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症		
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者氏名 続柄)				
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)		計 回		
現在の精神症状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害 III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 () VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 () VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 () VIII 自我意識				

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()				
	医療保護入院の 必要性 (患者自身の病気に 対する理解の程度を 含め、任意入院が 行われる状態に ないと判断した 理由について記 載すること。)				
入院を必要と認めた 特定医師氏名	(署名)				
確認した 精神保健指定医氏名	(署名)	診察 日時	年 月 日 (午前・午後 時)		
精神保健指定医が入院 妥当でない判断した 場合の理由					
同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
	住所				
		1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日) 8 市町長			

(注)

- 1 []内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること(特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条の7第2項入院」と記載すること)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「同意をした家族等の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 8 「同意をした家族等の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 () 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()				
	医療保護入院の 必要性 (患者自身の病気に 対する理解の程度を 含め、任意入院が 行われる状態に ないと判断した 理由について記 載すること。)				
入院を必要と認めた 特定医師氏名	(署名)				
確認した 精神保健指定医氏名	(署名)	診察 日時	年 月 日 (午前・午後 時)		
精神保健指定医が入院 妥当でない判断した 場合の理由					
同意をした家族等	氏名	(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
		(男・女)	続柄	生年月日	年 月 日生
	住所				
		1 配偶者 2 父母(親権者である・ない) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日) 8 市町長			

(注)

- 1 []内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること(特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条の7第2項入院」と記載すること)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 6 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「同意をした家族等の氏名」の欄は、親権者が両親の場合は両親とも記載すること。
- 8 「同意をした家族等の住所」の欄は、親権者が両親で住所が異なる場合はそれぞれ記載すること。
- 9 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る。

第17号様式（第17条関係）

（その1）

医療保護入院に関する同意書

1 医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日生

2 医療保護入院の同意者の申告事項

住 所		
フリガナ		
氏 名		
生年月日	年 月 日生	年 月 日生

本人との関係

〔 1 配偶者 2 父母（親権者で ある・ない） 3 祖父母等
4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人
7 家庭裁判所が選任した扶養義務者（ ）
（選任年月日 年 月 日） 〕

なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。
①本人に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人、③精神の機能の障害により、この医療保護入院に関する同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者、④未成年者

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、1の者を貴病院に入院させることに同意します。

様

年 月 日

氏 名

氏 名

（注） 親権者が両親の場合は、両親とも記載すること。

（その2） 略

第17号様式（第17条関係）

（その1）

医療保護入院に関する同意書

1 医療保護入院の同意の対象となる精神障害者本人

住 所	
フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日生

2 医療保護入院の同意者の申告事項

住 所		
フリガナ		
氏 名		
生年月日	年 月 日生	年 月 日生

本人との関係

〔 1 配偶者 2 父母（親権者で ある・ない） 3 祖父母等
4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人
7 家庭裁判所が選任した扶養義務者（ ）
（選任年月日 年 月 日） 〕

なお、以下のいずれにも該当しないことを申し添えます。
①本人に対して訴訟をしている者、又はした者並びにその配偶者及び直系血族、②家庭裁判所で免ぜられた法定代理人、保佐人又は補助人、③精神の機能の障害により、この医療保護入院に関する同意又は不同意の意思表示を適切に行うに当たって必要な認知、判断及び意思疎通を適切に行うことができない者、④未成年者

以上について、事実と相違ないことを確認した上で、1の者を貴病院に入院させることに同意します。

様

年 月 日

氏 名

氏 名

（注）

- 1 親権者が両親の場合は、両親とも記載すること。
- 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る。

（その2） 略

第18号様式（第18条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者退院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所			
入院年月日 (医療保護入院)	年 月 日			
退院年月日	年 月 日			
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
退院後の処置	1入院継続(任意入院・措置入院・他科) 2通院医療 3転医 4死亡 5その他()			
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他 ()			
帰住先の住所				
訪問指導等に関する意見 障害福祉サービス等の活用に関する意見 主治医氏名	----- ----- -----			

(注) 「入院年月日」の欄は、第33条第1項又は第3項による医療保護入院の年月日を記載すること。

第18号様式（第18条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者退院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

㊤

次の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日生 (満 歳)
	住所			
入院年月日 (医療保護入院)	年 月 日			
退院年月日	年 月 日			
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
退院後の処置	1入院継続(任意入院・措置入院・他科) 2通院医療 3転医 4死亡 5その他()			
退院後の帰住先	1 自宅 (i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他 ()			
帰住先の住所				
訪問指導等に関する意見 障害福祉サービス等の活用に関する意見 主治医氏名	----- ----- -----			

(注) 1 「入院年月日」の欄は、第33条第1項又は第3項による医療保護入院の年月日を記載すること。
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る。

第19号様式（第19条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

応 急 入 院 届 年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が応急入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の7第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ 氏 名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 日生 歳)
	住 所			
医 療 及 び 保 護 を 依 頼 し た 者	氏 名		入院者との 関係	
	住 所			
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)			
第 34 条 に よ る 移 送 の 有 無	有・無			
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
応急入院の必要性 (患者自身の病気に對する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。) ----- 病状又は状態像の概要 ----- 応急入院を採った理由 (家族等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。) ----- 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名 (署名)				

(注) 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はない。

第19号様式（第19条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

応 急 入 院 届 年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が応急入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の7第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ 氏 名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 日生 歳)
	住 所			
医 療 及 び 保 護 を 依 頼 し た 者	氏 名		入院者との 関係	
	住 所			
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)			
第 34 条 に よ る 移 送 の 有 無	有・無			
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
応急入院の必要性 (患者自身の病気に對する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。 (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。) ----- 病状又は状態像の概要 ----- 応急入院を採った理由 (家族等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。) ----- 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名 (署名)				

(注) 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はない。
 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、第34条による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はない。
 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る。

第20号様式（第19条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による応急入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

次の者が特定医師の診察により応急入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の7第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ	-----		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
住 所					
医 療 及 び 保 護 を 依 頼 し た 者	氏 名			入院者との 関係	
	住 所				
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)				
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神 科受診歴等を記載す ること。)	(陳述者名 続柄)				
応急入院の必要性 (患者自身の病気に対 する理解の程度を含 め、任意入院が行わ れる状態にないと判 断した理由について 記載すること。)	-----				
初 回 入 院 期 間 前 回 入 院 期 間 初回から前回までの 入 院 回 数	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 計 回				
現 在 の 精 神 症 状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害 III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()				

第20号様式（第19条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

特定医師による応急入院届

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
届出者 病院名
管理者名

㊟

次の者が特定医師の診察により応急入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の7第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ	-----		生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
住 所					
医 療 及 び 保 護 を 依 頼 し た 者	氏 名			入院者との 関係	
	住 所				
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)				
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症		
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神 科受診歴等を記載す ること。)	(陳述者名 続柄)				
応急入院の必要性 (患者自身の病気に対 する理解の程度を含 め、任意入院が行わ れる状態にないと判 断した理由について 記載すること。)	-----				
初 回 入 院 期 間 前 回 入 院 期 間 初回から前回までの 入 院 回 数	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 計 回				
現 在 の 精 神 症 状	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 () II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害 III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 () IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 () V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()				

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()		
	VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()		
	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()		
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()		
	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()		
応急入院を採った理由 (家族等の同意を得ることのできなかった理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。)			
入院を必要と認めた 特定医師氏名	(署名)		
確認した精神保健 指定医氏名	(署名)	診察 日時	年 月 日 (午前・午後 時)
精神保健指定医が入院 妥当でないと判断した 場合の理由			

(注)

- 1 []内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 3 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 4 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。

その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()		
	VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()		
	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()		
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 () 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()		
	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 () 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()		
応急入院を採った理由 (家族等の同意を得ることのできなかった理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。)			
入院を必要と認めた 特定医師氏名	(署名)		
確認した精神保健 指定医氏名	(署名)	診察 日時	年 月 日 (午前・午後 時)
精神保健指定医が入院 妥当でないと判断した 場合の理由			

(注)

- 1 []内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。
- 3 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 4 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること。
- 5 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 6 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る。

第22号様式（第22条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者の定期病状報告書 年 月 日

香川県知事 殿

所在地
報告者 病院名
管理者名

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第1項の規定により報告します。

措置入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所			
入院措置年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科 受診歴等を記載すること。〕	(陳述者名 続柄)			
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院 回数	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 計 回			
過去6箇月間（措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間）の仮退院の実績	計 回 延日数 日			
過去6箇月間（措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間）の病状又は状態 像の経過の概要 〔問題行動を中心として〕 〔記載すること。〕				
過去6箇月間（措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間）の治療の内容及 びその結果				
今後の治療方針（再発防 止への対応含む。）				
処遇、看護及び 指導の現状	隔離	i 多用 ii 時々 iii ほとんど不要		
	注意必要度	i 常に嚴重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要		
日常生活の介 助指導必要性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指 導 iii 生活指導を要する iv その他 ()			
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは 今後おそれのある行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像			
1 殺人	A B	<現在の精神症状>		
2 放火	A B	I 意識		
3 強盗	A B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()		
4 強制的性交等	A B	II 知能		
5 強制わいせつ	A B	1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害		

第22号様式（第22条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

措置入院者の定期病状報告書 年 月 日

香川県知事 殿

所在地
報告者 病院名
管理者名

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第1項の規定により報告します

措置入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	住所			
入院措置年月日	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科 受診歴等を記載すること。〕	(陳述者名 続柄)			
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院 回数	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 計 回			
過去6箇月間（措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間）の仮退院の実績	計 回 延日数 日			
過去6箇月間（措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間）の病状又は状態 像の経過の概要 〔問題行動を中心として〕 〔記載すること。〕				
過去6箇月間（措置入院 後3箇月の場合は過去3 箇月間）の治療の内容及 びその結果				
今後の治療方針（再発防 止への対応含む。）				
処遇、看護及び 指導の現状	隔離	i 多用 ii 時々 iii ほとんど不要		
	注意必要度	i 常に嚴重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要		
日常生活の介 助指導必要性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指 導 iii 生活指導を要する iv その他 ()			
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは 今後おそれのある行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像			
1 殺人	A B	<現在の精神症状>		
2 放火	A B	I 意識		
3 強盗	A B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()		
4 強制的性交等	A B	II 知能		
5 強制わいせつ	A B	1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害		

6 傷害	A B	III 記憶
7 暴行	A B	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()
8 恐喝	A B	IV 知覚
9 脅迫	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()
10 窃盗	A B	V 思考
11 器物損壊	A B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸
12 弄火又は失火	A B	6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()
13 家宅侵入	A B	VI 感情・情動
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進
15 自殺企図	A B	7 その他 ()
16 自傷	A B	VII 意欲
17 その他 ()	A B	1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()
		VIII 自我意識
		1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()
		IX 食行動
		1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()
		<その他の重要な症状>
		1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()
		<問題行動等>
		1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()
		<現在の状態像>
		1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
診察時の特記事項		
本報告に係る診察年月日	年 月 日	
診察した精神保健 指定医氏名	(署名)	
審査会意見		
香川県の措置		

6 傷害	A B	III 記憶
7 暴行	A B	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()
8 恐喝	A B	IV 知覚
9 脅迫	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()
10 窃盗	A B	V 思考
11 器物損壊	A B	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸
12 弄火又は失火	A B	6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()
13 家宅侵入	A B	VI 感情・情動
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進
15 自殺企図	A B	7 その他 ()
16 自傷	A B	VII 意欲
17 その他 ()	A B	1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()
		VIII 自我意識
		1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()
		IX 食行動
		1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()
		<その他の重要な症状>
		1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()
		<問題行動等>
		1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()
		<現在の状態像>
		1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
診察時の特記事項		
本報告に係る診察年月日	年 月 日	
診察した精神保健 指定医氏名	(署名)	
審査会意見		
香川県の措置		

(注)

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること（特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7第2項入院」と記載すること。）。なお、複数の入院形態を経ている場合には順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
- 6 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「診察時の特記事項」の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 8 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。

(注)

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること（特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7第2項入院」と記載すること。）。なお、複数の入院形態を経ている場合には順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
- 6 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 7 「診察時の特記事項」の欄は、被診察者の受診態度、表情、言語的及び非言語的なコミュニケーションの様子、診察者が受ける印象等について記載すること。
- 8 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。
- 9 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る。

第23号様式（第22条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
報告者 病院名
管理者名

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第2項において準用する同条第1項の規定により報告します。

医療保護入院者	フリガナ	-----	生年月日	年 月 日生
	氏 名	(男・女)		(満 歳)
	住 所			
医療保護入院年月日 (第33条第1項・第3項による入院)	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	
		入 院 形 態	-----	
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者名 続柄)			
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 計 回			
過去12箇月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 (i 月単位、 ii 数箇月単位、 iii その他 ()) 3 なし			
過去12箇月間の病状又は状態像の経過の概要 〔問題行動を中心とし〕 て記載すること。〕				
過去12箇月間の治療の内容及びその結果並びに通院又は任意入院に変更できなかった理由				
症 状 の 経 過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向			
今後の治療方針（患者本人の病識や治療への意欲を得るための取組について）				

第23号様式（第22条関係）

受付保健所名	
受付年月日	

医療保護入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
報告者 病院名
管理者名

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第2項において準用する同条第1項の規定により報告します。

医療保護入院者	フリガナ	-----	生年月日	年 月 日生
	氏 名	(男・女)		(満 歳)
	住 所			
医療保護入院年月日 (第33条第1項・第3項による入院)	年 月 日	今回の入院年月日	年 月 日	
		入 院 形 態	-----	
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病 名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー ()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー ()	3 身体合併症	
生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕	(陳述者名 続柄)			
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 年 月 日～ 年 月 日 (入院形態) 計 回			
過去12箇月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 (i 月単位、 ii 数箇月単位、 iii その他 ()) 3 なし			
過去12箇月間の病状又は状態像の経過の概要 〔問題行動を中心とし〕 て記載すること。〕				
過去12箇月間の治療の内容及びその結果並びに通院又は任意入院に変更できなかった理由				
症 状 の 経 過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向			
今後の治療方針（患者本人の病識や治療への意欲を得るための取組について）				

退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況、医療保護入院者退院支援委員会で決定した推定される入院期間等について)	選任された退院後生活環境相談員
現在の精神症状	<p>I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()</p> <p>II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害</p> <p>III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()</p> <p>IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()</p> <p>V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()</p> <p>VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()</p> <p>VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()</p> <p>VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()</p> <p>IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()</p>
その他の重要な症状	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()
問題行動等	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()
現在の状態像	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
診察時の特記事項 〔患者自身の病気に對する理解の程度を含め、医療保護入院を継続させることの必要性についても記載すること。〕	
本報告に係る診察年月日	年 月 日
診察した精神保健指 定 医 氏 名	(署 名)

審査会意見	
香川県の措置	

退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況、医療保護入院者退院支援委員会で決定した推定される入院期間等について)	選任された退院後生活環境相談員
現在の精神症状	<p>I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()</p> <p>II 知能 1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害</p> <p>III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()</p> <p>IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()</p> <p>V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()</p> <p>VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()</p> <p>VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()</p> <p>VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()</p> <p>IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()</p>
その他の重要な症状	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()
問題行動等	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()
現在の状態像	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()
診察時の特記事項 〔患者自身の病気に對する理解の程度を含め、医療保護入院を継続させることの必要性についても記載すること。〕	
本報告に係る診察年月日	年 月 日
診察した精神保健指 定 医 氏 名	(署 名)

審査会意見	
香川県の措置	

(注)

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること（特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7第2項入院」と記載すること。）。なお、複数の入院形態を経ている場合には順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
- 6 入院後の診察により精神状態が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等により1年以上の入院が必要であると判断される場合には、「過去12箇月間の治療の内容及びその結果並びに通院又は任意入院に変更できなかった理由」の欄にその旨を記載すること。
- 7 「退院に向けた取組の状況」の欄は、次に掲げる事項を記載すること。この場合において、(3)に掲げる事項は、必要に応じて、医療保護入院者退院支援委員会における審議の結果の記録を添付した上で、当該欄にその旨を記載すること。
 - (1) 退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期、その後の相談の頻度等
 - (2) 地域援助事業者の紹介の有無、紹介した地域援助事業者との相談の状況等
 - (3) 医療保護入院者退院支援委員会での審議状況等
- 8 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。

(注)

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること（特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7第2項入院」と記載すること。）。なお、複数の入院形態を経ている場合には順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
- 6 入院後の診察により精神状態が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等により1年以上の入院が必要であると判断される場合には、「過去12箇月間の治療の内容及びその結果並びに通院又は任意入院に変更できなかった理由」の欄にその旨を記載すること。
- 7 「退院に向けた取組の状況」の欄は、次に掲げる事項を記載すること。この場合において、(3)に掲げる事項は、必要に応じて、医療保護入院者退院支援委員会における審議の結果の記録を添付した上で、当該欄にその旨を記載すること。
 - (1) 退院後生活環境相談員との最初の相談を行った時期、その後の相談の頻度等
 - (2) 地域援助事業者の紹介の有無、紹介した地域援助事業者との相談の状況等
 - (3) 医療保護入院者退院支援委員会での審議状況等
- 8 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。
- 10 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る。

第23号様式の2（第22条関係）

任意入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
報告者 病院名
管理者名

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による任意入院者の症状等の報告に関する条例第2条の規定により報告します。

任意入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 日生 歳)
	住所			
任意入院年月日 (第20条による入院)	年 月 日	今回の入院年月日 入院形態	年 月 日	
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー()	3 身体合併症	
	生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕 (陳述者氏名 続柄)			
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
初回から前回までの入院回数	計 回			
過去12箇月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 (i 月単位、 ii 数箇月単位、 iii その他 ()) 3 なし			
過去12箇月間の病状又は状態像の経過の概要 〔問題行動を中心として記載すること。〕				
過去12箇月間の治療の内容及びその結果 (過去12箇月間に行動制限が行われた際はその必要性について)				
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向			
今後の治療方針				
任意入院継続の必要性 (通院へ変更ができない理由について具体的に記載すること。)				

第23号様式の2（第22条関係）

任意入院者の定期病状報告書

年 月 日

香川県知事 殿

所在地
報告者 病院名
管理者名

㊤

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定による任意入院者の症状等の報告に関する条例第2条の規定により報告します。

任意入院者	フリガナ 氏名	----- (男・女)	生年月日	年 月 日 (満 日生 歳)
	住所			
任意入院年月日 (第20条による入院)	年 月 日	今回の入院年月日 入院形態	年 月 日	
前回の定期報告年月日	年 月 日			
病名	1 主たる精神障害 ICDカテゴリー()	2 従たる精神障害 ICDカテゴリー()	3 身体合併症	
	生活歴及び現病歴 〔推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。〕 (陳述者氏名 続柄)			
初回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
前回入院期間	年 月 日～ 年 月 日 (入院形態)			
初回から前回までの入院回数	計 回			
過去12箇月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 (i 月単位、 ii 数箇月単位、 iii その他 ()) 3 なし			
過去12箇月間の病状又は状態像の経過の概要 〔問題行動を中心として記載すること。〕				
過去12箇月間の治療の内容及びその結果 (過去12箇月間に行動制限が行われた際はその必要性について)				
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向			
今後の治療方針				
任意入院継続の必要性 (通院へ変更ができない理由について具体的に記載すること。)				

今後の退院へ向けた取組	
現在の精神症状	<p>I 意識</p> <p>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()</p> <p>II 知能</p> <p>1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害</p> <p>III 記憶</p> <p>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()</p> <p>IV 知覚</p> <p>1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()</p> <p>V 思考</p> <p>1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()</p> <p>VI 感情・情動</p> <p>1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()</p> <p>VII 意欲</p> <p>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()</p> <p>VIII 自我意識</p> <p>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()</p> <p>IX 食行動</p> <p>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()</p>
その他の重要な症状	<p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()</p>
問題行動等 現在の状態像	<p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()</p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()</p>
本報告に係る診察年月日	年 月 日
診断した主治医氏名	(署名)

審査会意見	
香川県の措置	

今後の退院へ向けた取組	
現在の精神症状	<p>I 意識</p> <p>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ()</p> <p>II 知能</p> <p>1 軽度障害 2 中等度障害 3 重度障害</p> <p>III 記憶</p> <p>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ()</p> <p>IV 知覚</p> <p>1 幻聴 2 幻視 3 その他 ()</p> <p>V 思考</p> <p>1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 減裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ()</p> <p>VI 感情・情動</p> <p>1 感情平板化 2 抑鬱気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ()</p> <p>VII 意欲</p> <p>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ()</p> <p>VIII 自我意識</p> <p>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ()</p> <p>IX 食行動</p> <p>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ()</p>
その他の重要な症状	<p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 () 4 その他 ()</p>
問題行動等 現在の状態像	<p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ()</p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑鬱状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ()</p>
本報告に係る診察年月日	年 月 日
診断した主治医氏名	(署名)

審査会意見	
香川県の措置	

(注)

- 1 内は、主治医の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること。(特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7第2項入院」と記載すること。)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
- 6 入院後の診察により精神状態が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等により1年以上の入院が必要であると判断される場合には、「任意入院継続の必要性」の欄にその旨を記載すること。
- 7 入院時から6箇月の間に開放処遇が制限された者の当初の報告においては、「過去12箇月間」とあるのは「入院時から報告時までの間」と読み替えること。
- 8 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。

(注)

- 1 内は、主治医の診察に基づいて記載すること。
- 2 「今回の入院年月日」の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、「入院形態」の欄にそのときの入院形態を記載すること。(特定医師による入院を含む。その場合は、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第3項・第4項入院」又は「第33条の7第2項入院」と記載すること。)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 「生活歴及び現病歴」の欄は、他診療所及び他病院での受診歴をも聴取して記載すること。また、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 4 精神科受診歴等には、平成20年3月31日以前に広告している神経科における受診歴を含むこととする。
- 5 「初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数」の欄の初回入院期間及び前回入院期間は、他病院での入院歴・入院形態をも聴取して記載すること
- 6 入院後の診察により精神状態が重症であって、かつ、慢性的な症状を呈することにより入院の継続が明らかに必要な病状であること等により1年以上の入院が必要であると判断される場合には、「任意入院継続の必要性」の欄にその旨を記載すること。
- 7 入院時から6箇月の間に開放処遇が制限された者の当初の報告においては、「過去12箇月間」とあるのは「入院時から報告時までの間」と読み替えること。
- 8 「現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像」の欄は、一般にこの書類作成までの過去数箇月間に認められたものとし、主として最近のそれに重点を置くこと。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当するローマ数字、算用数字等を○で囲むこと。
- 10 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る。

第24号様式（第23条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
措置入院者等無断退去届					
年 月 日					
香川県知事 殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名					
次の者が無断で退去し、その行方が不明になりましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第23条第1項の規定により届け出ます。					
措 置 入 院 者 等	氏 名			性別 男・女	
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院措置 年月日	年 月 日	
	病 名				
退 去 し た 日 時		年 月 日 時 分頃			
症状及び退去時の概要					
発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項					
家族等又は これに準ず る者	氏 名			続柄	
	住 所				
退去後に病院が採った措置					

第24号様式（第23条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
措置入院者等無断退去届					
年 月 日					
香川県知事 殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名					
次の者が無断で退去し、その行方が不明になりましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第23条第1項の規定により届け出ます。					
措 置 入 院 者 等	氏 名			性別 男・女	
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院措置 年月日	年 月 日	
	病 名				
退 去 し た 日 時		年 月 日 時 分頃			
症状及び退去時の概要					
発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項					
家族等又は これに準ず る者	氏 名			続柄	
	住 所				
退去後に病院が採った措置					

第25号様式（第23条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
無断退去者帰院届					
年 月 日					
香川県知事 殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名					
年 月 日付けで届け出た無断退去者が帰院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第23条第2項の規定により届け出ます。					
無断退去者	氏 名				
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院措置 年月日	年 月 日	
	病 名				
退 去 した 日 時		年 月 日 時 分頃			
発 見 した 日 時		年 月 日 時 分頃			
発見の場所及び発見状況					
帰 院 した 日 時		年 月 日 時 分頃			

第25号様式（第23条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
無断退去者帰院届					
年 月 日					
香川県知事 殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名 ㊟					
年 月 日付けで届け出た無断退去者が帰院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第23条第2項の規定により届け出ます。					
無断退去者	氏 名				
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入院措置 年月日	年 月 日	
	病 名				
退 去 した 日 時		年 月 日 時 分頃			
発 見 した 日 時		年 月 日 時 分頃			
発見の場所及び発見状況					
帰 院 した 日 時		年 月 日 時 分頃			

(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る。

第26号様式（第24条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
措置入院者等死亡届					
年 月 日					
香川県知事殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名					
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第24条の規定により、次のとおり届け出ます。					
措置入院者等	氏 名				
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入 院 年 月 日	年 月 日	
	病 名	入院形態名			
死 亡 日 時		年 月 日 時 分頃			
死亡に至るまでの状況					
今後の対応についての 意 見					

第26号様式（第24条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
措置入院者等死亡届					
年 月 日					
香川県知事殿					
所在地					
届出者 病院名					
管理者名 ㊟					
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第24条の規定により、次のとおり届け出ます。					
措置入院者等	氏 名				
	住 所				
	生年月日	年 月 日	入 院 年 月 日	年 月 日	
	病 名	入院形態名			
死 亡 日 時		年 月 日 時 分頃			
死亡に至るまでの状況					
今後の対応についての 意 見					

(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る。

第27号様式（第25条関係）

		受付保健所名				
		受付年月日				
措置入院者仮退院許可申請書						
年 月 日						
香川県知事殿						
所在地						
申請者 病院名						
管理者名						
次のとおり仮退院させたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により申請します。						
措置入院者	氏名				性別	男・女
	住所					
	帰住先及びその住所	区分	1 自宅 (i 家族と同居 ii 単身) 2 施設 3 その他 ()			
		住所				
	生年月日	年 月 日	入院措置年月日	年 月 日	年 月 日	
	病名					
仮退院の理由						
仮退院の期間						
年 月 日から 年 月 日まで						
仮退院期間中の治療計画						
症状の概要						
訪問指導についての意見						
診察した精神保健指定医氏名 (署名)						

第27号様式（第25条関係）

		受付保健所名				
		受付年月日				
措置入院者仮退院許可申請書						
年 月 日						
香川県知事殿						
所在地						
申請者 病院名						
管理者名 ㊟						
次のとおり仮退院させたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第40条の規定により申請します。						
措置入院者	氏名				性別	男・女
	住所					
	帰住先及びその住所	区分	1 自宅 (i 家族と同居 ii 単身) 2 施設 3 その他 ()			
		住所				
	生年月日	年 月 日	入院措置年月日	年 月 日	年 月 日	
	病名					
仮退院の理由						
仮退院の期間						
年 月 日から 年 月 日まで						
仮退院期間中の治療計画						
症状の概要						
訪問指導についての意見						
診察した精神保健指定医氏名 (署名)						

(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る。

第28号様式（第25条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
仮退院者再入院届 年 月 日 香川県知事殿 所在地 届出者 病院名 管理者名 次のとおり仮退院中の措置入院者が再入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第25条第2項の規定により届け出ます。					
措置入院者	氏名				
	住所				
	生年月日	年 月 日	病名		
仮退院許可期間	年 月 日から 年 月 日まで				
再入院年月日	年 月 日				
再入院の理由					

第28号様式（第25条関係）

		受付保健所名			
		受付年月日			
仮退院者再入院届 年 月 日 香川県知事殿 所在地 届出者 病院名 管理者名 ㊟ 次のとおり仮退院中の措置入院者が再入院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第25条第2項の規定により届け出ます。					
措置入院者	氏名				
	住所				
	生年月日	年 月 日	病名		
仮退院許可期間	年 月 日から 年 月 日まで				
再入院年月日	年 月 日				
再入院の理由					

(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る。

第30号様式（第27条関係）

		受付市町名			
		受付年月日			
障害者手帳交付等申請書 年 月 日 香川県知事 殿 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交付等を申請します。					
申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更				
申請者 (精神障害者本人)	ふりがな氏名			生年月日	年 月 日
	住所	電話番号 ()			
	個人番号				
家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)	ふりがな氏名	続柄	住所	電話番号 ()	
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 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）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（申請者の申出により、知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）であること。） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳				
既存の自立支援	有効期間	年 月 日			
医療受給者証	自立支援医療費受給者番号				
既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日			
	手帳番号				
申請書を提出した者	氏名	本人との関係	住所	電話番号 ()	

- (注)
 1 □については、該当するものに「」を記入すること。
 2 添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。

第30号様式（第27条関係）

		受付市町名			
		受付年月日			
障害者手帳交付等申請書 年 月 日 香川県知事 殿 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交付等を申請します。					
申請の区分	<input type="checkbox"/> 新規交付 <input type="checkbox"/> 障害等級変更 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 県外からの居住地変更				
申請者 (精神障害者本人)	ふりがな氏名			生年月日	年 月 日
	住所	電話番号 ()			
	個人番号				
家族の連絡先 (申請者が18歳未満の場合に記載すること。)	ふりがな氏名	続柄	住所	電話番号 ()	
添付書類	<input type="checkbox"/> 医師の診断書（精神障害者保健福祉手帳用） <input type="checkbox"/> 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）通知書の写し並びに同意書 <input type="checkbox"/> 特別障害給付金受給資格者証及び直近の国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）並びに同意書 <input type="checkbox"/> 写真（申請前1年以内のものであって、脱帽し、上半身を撮影した縦4センチメートル、横3センチメートルのもの（申請者の申出により、知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）であること。） <input type="checkbox"/> 他の地方公共団体が交付した精神障害者保健福祉手帳				
既存の自立支援	有効期間	年 月 日			
医療受給者証	自立支援医療費受給者番号				
既存の精神障害者保健福祉手帳	有効期限	年 月 日			
	手帳番号				
申請書を提出した者	氏名	本人との関係	住所	電話番号 ()	

- (注)
 1 □については、該当するものに「」を記入すること。
 2 添付書類の同意書は、別紙「同意書」によること。
 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る。

別紙

同 意 書

香川県知事 殿

私（申請者）は、精神障害者保健福祉手帳の交付等の申請に当たり、私の障害等級の判定のため、香川県の職員が、年金事務所又は各共済組合等に対し、私が受給している障害年金又は特別障害給付金に係る障害の種別、障害等級、受給状況等について照会することに同意します。

年 月 日

申請者 氏 名
住 所

別紙

同 意 書

香川県知事 殿

私（申請者）は、精神障害者保健福祉手帳の交付等の申請に当たり、私の障害等級の判定のため、香川県の職員が、年金事務所又は各共済組合等に対し、私が受給している障害年金又は特別障害給付金に係る障害の種別、障害等級、受給状況等について照会することに同意します。

年 月 日

申請者 氏 名
住 所



第31号様式（第27条、第30条関係）

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

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F00～F99、G40のいずれ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()	身体障害者手帳(□無 □有 種別 級)
2 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 診断書作成医療機関の初診年月日	年 月 日 (□診療録確認 □本人等申立て) 年 月 日	
3 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) *器質性精神障害(認知症を除く。)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 発症日 年 月 日)		
4 現在の病状、状態像等(該当する□にL印を記入してください。)	5 4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	□思考・運動抑制 □易刺激性、興奮 □憂鬱気分 □その他()		
(2) 躁状態	□行為心迫 □多弁 □感情高揚・易刺激性 □その他()		
(3) 幻覚妄想状態	□幻覚 □妄想 □その他()		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態	□興奮 □昏迷 □拒絶 □その他()		
(5) 統合失調症等残遺状態	□自閉 □感情平板化 □意欲の減退 □その他()		
(6) 情動及び行動の障害	□爆発性 □暴力・衝動行為 □多動 □食行動の異常 □チック・汚言 □その他()		
(7) 不安及び不穏	□強度の不安・恐怖感 □強迫体験 □心的外傷に関連する症状 □解離・転換症状 □その他()		
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害)	□てんかん発作 発作型() 頻度() 最終発作(年 月 日) □意識障害 □その他()		
(9) 精神作用物質の乱用、依存等	□アルコール □覚醒剤 □有機溶剤 □その他() □乱用 □依存 □残遺性・遅発性精神病性障害 □その他() 現在の精神作用物質の使用 □有 □無 (不使用の場合、その期間 年 月から)		
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害	□知的障害(精神遅滞) □軽度 □中等度 □重度 療育手帳(□無 □有(等級等)) □認知症 □その他の記憶障害() □学習の困難 □読み □書き □算数 □その他() □遂行機能障害 □注意障害 □その他()		

第31号様式（第27条、第30条関係）

診断書（精神障害者保健福祉手帳用）

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F00～F99、G40のいずれ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()	身体障害者手帳(□無 □有 種別 級)
2 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 診断書作成医療機関の初診年月日	年 月 日 (□診療録確認 □本人等申立て) 年 月 日	
3 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) *器質性精神障害(認知症を除く。)の場合、発症の原因となった疾患名とその発症日 (疾患名 発症日 年 月 日)		
4 現在の病状、状態像等(該当する□にL印を記入してください。)	5 4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	□思考・運動抑制 □易刺激性、興奮 □憂鬱気分 □その他()		
(2) 躁状態	□行為心迫 □多弁 □感情高揚・易刺激性 □その他()		
(3) 幻覚妄想状態	□幻覚 □妄想 □その他()		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態	□興奮 □昏迷 □拒絶 □その他()		
(5) 統合失調症等残遺状態	□自閉 □感情平板化 □意欲の減退 □その他()		
(6) 情動及び行動の障害	□爆発性 □暴力・衝動行為 □多動 □食行動の異常 □チック・汚言 □その他()		
(7) 不安及び不穏	□強度の不安・恐怖感 □強迫体験 □心的外傷に関連する症状 □解離・転換症状 □その他()		
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害)	□てんかん発作 発作型() 頻度() 最終発作(年 月 日) □意識障害 □その他()		
(9) 精神作用物質の乱用、依存等	□アルコール □覚醒剤 □有機溶剤 □その他() □乱用 □依存 □残遺性・遅発性精神病性障害 □その他() 現在の精神作用物質の使用 □有 □無 (不使用の場合、その期間 年 月から)		
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害	□知的障害(精神遅滞) □軽度 □中等度 □重度 療育手帳(□無 □有(等級等)) □認知症 □その他の記憶障害() □学習の困難 □読み □書き □算数 □その他() □遂行機能障害 □注意障害 □その他()		

(11) 広汎性発達障害 害関連症状	<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 ()
(12) その他 ()	
6 生活能力の状態 (保護的環境でない場合を想定して判断してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)	
(1) 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 (施設名) <input type="checkbox"/> 在宅 (単身) <input type="checkbox"/> 在宅 (家族等と同居) <input type="checkbox"/> その他 ()	
(2) 日常生活能力の判定 (各項目について該当する□に \blacktriangleright 印を記入してください。)	
① 適切な食事摂取	<input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
② 身辺の清潔保持、規則正しい生活	<input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
③ 金銭管理と買物	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
④ 通院と服薬 (□要 □不要)	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑤ 他人との意思伝達・対人関係	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑥ 身辺の安全保持・危機対応	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑦ 社会的手続や公共施設の利用	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑧ 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
(3) 日常生活能力の程度 (該当する□に \blacktriangleright 印を記入してください。)	
<input type="checkbox"/> 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 <input type="checkbox"/> 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。	
7 6の具体的程度、状態等	
8 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、生活保護等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
9 備考 (審査の参考となる事項を記載してください。)	
※自立支援医療 (精神通院医療) を同時に申請する場合には、この欄にも記載してください。	
1 現在の治療内容 (1) 投薬内容	2 今後の治療方針
(2) 精神療法等	3 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。)
(3) 医療型デイケアの利用 (□有 □無)	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医である。 (指定医番号:)
(4) 訪問看護指示の有無 (□有 □無)	<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。)
年 月 日 医療機関 所在地 名 称 電話番号	診療担当科名 医師氏名

(11) 広汎性発達障害 害関連症状	<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 ()
(12) その他 ()	
6 生活能力の状態 (保護的環境でない場合を想定して判断してください。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断してください。)	
(1) 現在の生活環境 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 (施設名) <input type="checkbox"/> 在宅 (単身) <input type="checkbox"/> 在宅 (家族等と同居) <input type="checkbox"/> その他 ()	
(2) 日常生活能力の判定 (各項目について該当する□に \blacktriangleright 印を記入してください。)	
① 適切な食事摂取	<input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
② 身辺の清潔保持、規則正しい生活	<input type="checkbox"/> 自発的にできる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
③ 金銭管理と買物	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
④ 通院と服薬 (□要 □不要)	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑤ 他人との意思伝達・対人関係	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑥ 身辺の安全保持・危機対応	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑦ 社会的手続や公共施設の利用	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
⑧ 趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加	<input type="checkbox"/> 適切にできる <input type="checkbox"/> おおむねできるが援助が必要 <input type="checkbox"/> 援助があればできる <input type="checkbox"/> できない
(3) 日常生活能力の程度 (該当する□に \blacktriangleright 印を記入してください。)	
<input type="checkbox"/> 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。 <input type="checkbox"/> 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。	
7 6の具体的程度、状態等	
8 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、生活保護等) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
9 備考 (審査の参考となる事項を記載してください。)	
※自立支援医療 (精神通院医療) を同時に申請する場合には、この欄にも記載してください。	
1 現在の治療内容 (1) 投薬内容	2 今後の治療方針
(2) 精神療法等	3 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。)
(3) 医療型デイケアの利用 (□有 □無)	<input type="checkbox"/> 精神保健指定医である。 (指定医番号:)
(4) 訪問看護指示の有無 (□有 □無)	<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。)
年 月 日 医療機関 所在地 名 称 電話番号	診療担当科名 医師氏名 (署名又は記名押印)

第32号様式（第28条関係）

受付市町名		
受付年月日		
障害者手帳記載事項変更届 年 月 日		
香川県知事 殿		
届出者 住 所 氏 名		
個 番	人 号	
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第7条第2項第4項の規定により、次のとおり届け出ます。		
精神障害者保健福祉手帳の手帳番号		
変 更 事 項	住 所	氏 名
変 更 前		
変 更 後		

第32号様式（第28条関係）

受付市町名		
受付年月日		
障害者手帳記載事項変更届 年 月 日		
香川県知事 殿		
届出者 住 所 氏 名		
個 番	人 号	
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第7条第2項第4項の規定により、次のとおり届け出ます。		
精神障害者保健福祉手帳の手帳番号		
変 更 事 項	住 所	氏 名
変 更 前		
変 更 後		

(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る。

第33号様式（第29条関係）

受付市町名																							
受付年月日																							
障害者手帳再交付申請書 年 月 日																							
香川県知事 殿																							
申請者 住 所 氏 名 生年月日 年 月 日																							
<table border="1"> <tr> <td>個 番</td> <td>人 号</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> </tr> </table>			個 番	人 号	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
個 番	人 号	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定により、精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。																							
精神障害者保健福祉手帳の手帳番号																							
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 ()																						

第33号様式（第29条関係）

受付市町名																							
受付年月日																							
障害者手帳再交付申請書 年 月 日																							
香川県知事 殿																							
申請者 住 所 氏 名 生年月日 年 月 日																							
<table border="1"> <tr> <td>個 番</td> <td>人 号</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> <td>■</td> </tr> </table>			個 番	人 号	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
個 番	人 号	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定により、精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。																							
精神障害者保健福祉手帳の手帳番号																							
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) 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の一部改正)

第4条 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 style="text-align: center;">第4号様式（第4条、第5条関係） （表）</p> <p style="text-align: center;">（表）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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="3">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td>年齢</td> <td colspan="2">歳</td> <td>生年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="2"></td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">保護者</td> <td rowspan="2">1</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td>受診者の続柄</td> <td colspan="2"></td> <td>生年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="2"></td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td>受診者の続柄</td> <td colspan="2"></td> <td>生年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="2"></td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">負担額に関する事項</td> <td colspan="2">受診者の被保険者証の記号及び番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">保険者名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">受診者と同一保険の加入者</td> <td colspan="2">氏名</td> <td colspan="2">個人番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">該当する区分</td> <td colspan="2">生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td colspan="2">高額治療継続者（重度かつ継続）</td> <td colspan="3">該当・非該当</td> </tr> <tr> <td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳の有効期限</td> <td colspan="3">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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="2">名称</td> <td colspan="2">所在地</td> <td colspan="3">電話番号</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">再認定・記載変更の</td> <td colspan="2">既存の自立支援医療受給者証の有効期限</td> <td colspan="2">自立支援医療受給者番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">病状の変化及び治療方針の変更の有無</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">有・無</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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="2"></td> <td colspan="2">有・無</td> <td colspan="3"></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。申請者氏名 年 月 日 香川県知事</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。</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			年	月	日	個人番号	●	●	●	●	●	●	●	●	保護者	1	フリガナ			受診者の続柄			生年月日			住所			電話番号			年	月	日	2	フリガナ			受診者の続柄			生年月日			住所			電話番号			年	月	日	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		氏名		個人番号					該当する区分		生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		高額治療継続者（重度かつ継続）		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		自立支援医療受給者番号				令和 年 月 日			病状の変化及び治療方針の変更の有無				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。申請者氏名 年 月 日 香川県知事										<p style="text-align: center;">第4号様式（第4条、第5条関係） （表）</p> <p style="text-align: center;">（表）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <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="3">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td>年齢</td> <td colspan="2">歳</td> <td>生年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="2"></td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td><td>●</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">保護者</td> <td rowspan="2">1</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td>受診者の続柄</td> <td colspan="2"></td> <td>生年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="2"></td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> <td>受診者の続柄</td> <td colspan="2"></td> <td>生年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> <td>電話番号</td> <td colspan="2"></td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">負担額に関する事項</td> <td colspan="2">受診者の被保険者証の記号及び番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">保険者名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">受診者と同一保険の加入者</td> <td colspan="2">氏名</td> <td colspan="2">個人番号</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">該当する区分</td> <td colspan="2">生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td> <td colspan="2">高額治療継続者（重度かつ継続）</td> <td colspan="3">該当・非該当</td> </tr> <tr> <td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">精神障害者保健福祉手帳の有効期限</td> <td colspan="3">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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="2">名称</td> <td colspan="2">所在地</td> <td colspan="3">電話番号</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">再認定・記載変更の</td> <td colspan="2">既存の自立支援医療受給者証の有効期限</td> <td colspan="2">自立支援医療受給者番号</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3">令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">病状の変化及び治療方針の変更の有無</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">有・無</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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="2"></td> <td colspan="2">有・無</td> <td colspan="3"></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。申請者氏名 年 月 日 香川県知事</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			年	月	日	個人番号	●	●	●	●	●	●	●	●	保護者	1	フリガナ			受診者の続柄			生年月日			住所			電話番号			年	月	日	2	フリガナ			受診者の続柄			生年月日			住所			電話番号			年	月	日	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		氏名		個人番号					該当する区分		生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		高額治療継続者（重度かつ継続）		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		自立支援医療受給者番号				令和 年 月 日			病状の変化及び治療方針の変更の有無				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。申請者氏名 年 月 日 香川県知事									
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			年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	個人番号	●	●	●	●	●	●	●	●																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
保護者	1	フリガナ			受診者の続柄			生年月日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		住所			電話番号			年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	2	フリガナ			受診者の続柄			生年月日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		住所			電話番号			年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
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		氏名		個人番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	該当する区分		生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		高額治療継続者（重度かつ継続）		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		自立支援医療受給者番号				令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
	病状の変化及び治療方針の変更の有無				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。申請者氏名 年 月 日 香川県知事																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
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			年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	個人番号	●	●	●	●	●	●	●	●																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
保護者	1	フリガナ			受診者の続柄			生年月日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		住所			電話番号			年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	2	フリガナ			受診者の続柄			生年月日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
		住所			電話番号			年	月	日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
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		氏名		個人番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	該当する区分		生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		高額治療継続者（重度かつ継続）		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		自立支援医療受給者番号				令和 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
	病状の変化及び治療方針の変更の有無				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。申請者氏名 年 月 日 香川県知事																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
（裏） 略	（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		年 月 日生（満 歳）
氏 名		
住 所		
1 病名（ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載してください。）	(1) 主たる精神障害 ICDコード（ ）	
	(2) 従たる精神障害 ICDコード（ ）	
	(3) 身体合併症	
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 \blacktriangleright 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 <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（ ）		
(2) 躁状態 <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（ ）		
(3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(5) 統合失調症等残遺状態 <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（ ）		
(6) 情動及び行動の障害 <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（ ）		
(7) 不安及び不穏 <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（ ）		
(8) てんかん発作等（けいれん及び意識障害） <input type="checkbox"/> てんかん発作発作型（ ） 頻度（ ） <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 <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（ ）		

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		年 月 日生（満 歳）
氏 名		
住 所		
1 病名（ICDコードは、右の病名と対応するF00～F99、G40のいずれかを記載してください。）	(1) 主たる精神障害 ICDコード（ ）	
	(2) 従たる精神障害 ICDコード（ ）	
	(3) 身体合併症	
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 \blacktriangleright 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 <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（ ）		
(2) 躁状態 <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（ ）		
(3) 幻覚妄想状態 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 昏迷 <input type="checkbox"/> 拒絶 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(5) 統合失調症等残遺状態 <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（ ）		
(6) 情動及び行動の障害 <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（ ）		
(7) 不安及び不穏 <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（ ）		
(8) てんかん発作等（けいれん及び意識障害） <input type="checkbox"/> てんかん発作発作型（ ） 頻度（ ） <input type="checkbox"/> 意識障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
(9) 精神作用物質の乱用、依存等 <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><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 ()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状</p> <p><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>(12) 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)</p> <p>(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</p> <p>電話番号</p>	

<p>(10) 知能・記憶・学習・注意の障害</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 ()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状</p> <p><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>(12) 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)</p> <p>(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 「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。

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					
香川県知事 殿		届出者 氏 名			

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					
香川県知事 殿		届出者 氏 名		㊟	

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条関係）

		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 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。

第11号様式（第7条関係）

		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。

附 則

- 1 この規則は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 改正前の各規則で定める様式による用紙は、当分の間、使用することができる。