

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。  
平成22年2月16日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第3号

障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則  
障害者自立支援法施行細則（平成18年香川県規則第42号）の一部を次のように改正する。  
次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後					改正前									
第5号様式（第4条、第5条関係）					第5号様式（第4条、第5条関係）									
自立支援医療（育成医療）意見書														
フリガナ		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
受診者氏名						年月日						年月日		
受診者住所														
病名		発症年月日		年月日										
障害の種類（該当するものを○で囲んでください。）		(1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)肝臓機能障害 (9)その他内臓障害 (10)免疫機能障害												
医療の具体的方針		(入院 年月日)												
自立支援医療（育成医療）の始期		年月日から		手術予定年月日		年月日		年月日から		手術予定年月日		年月日		
治	治療見込期間	入院治療期間		日間		通院治療回数及び期間		回 日間		訪問看護予定回数及び期間		回 日間		通算 日間
	療	医療費概算額	入院治療費		円		通院治療費		円		訪問看護等		円	
移送費概算額		円												
医療費概算額及び移送費概算額の合計額		円												
治療後における障害の回復状況の見込														
補装具名		(補装具装着予定 年月)		補装具費用		円		(補装具装着予定 年月)		補装具費用		円		
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。													円	
年 月 日													年 月 日	
指定自立支援医療機関名													指定自立支援医療機関名	
電話番号													電話番号	
担当医師氏名													担当医師氏名	
													Ⓜ	

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。

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。

附 則

- 1 この規則は、平成22年4月1日から施行する。
- 2 改正前の第5号様式による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。