

毎週月・水・金曜日発

富 山 県 報

平成31年 3 月 29 日

金 曜 日

号 外(12)

目 次

規 則

○富山県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規則の一部を改正する規則

1

規 則

富山県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規則の一部を改正する規則を次のように定め、公布する。

平成31年 3 月 29 日

富山県知事 石 井 隆 一

富山県規則第18号

富山県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規則の一部を改正する規則

富山県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規則(平成18年富山県規則第66号)の一部を次のように改正する。

様式第 5 号及び様式第 6 号を次のように改める。

様式第 5 号 (第 2 条関係)

自立支援医療費 (精神通院) 支給認定申請書 (新規・再開・再認定・変更 (所得区分・医療機関)) ※1										
障害者・児	フリガナ	-----				性別	男・女	年齢	歳	生年月日
	受診者氏名									年 月 日
	受診者住所	(郵便番号 -----)						電話番号		
	個人番号									
受診者が18歳未満の場合	フリガナ	-----				受診者との関係				
	保護者氏名									
	保護者住所 ※2	(郵便番号 -----)						電話番号 ※2		
	保護者個人番号									
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号					保険者名				
	受診者と同一保険の加入者 (加入者個人番号)	氏名		個人番号						
	〔住民票が申請書を提出した市町村にない場合は、□の中に✓印を付し、別紙に必要な事項を記入すること。〕	<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>								
		<input type="checkbox"/>								
該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続 ※3	該当 ・ 非該当		
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関名				所在地・電話番号					
	病院・診療所									
	(変更年月日: 年 月 日)									
薬局										
(変更年月日: 年 月 日)										
訪問看護事業者等										
(変更年月日: 年 月 日)										
受給者番号 ※4					精神障害者保健福祉手帳番号					
	(有効期限: 年 月 日)						(有効期限: 年 月 日)			
治療方針の変更 ※5	有 ・ 無				診断書の添付 ※5 ※6		有 ・ 無			
上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 年 月 日										
富山県知事 殿				申請者氏名				印 ※7		

※1 新規・再開・再認定・変更 (所得区分・医療機関) のいずれかを○で囲むこと。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分を○で囲むこと。
 ※4 再開、再認定又は変更の場合に記入すること。
 ※5 継続申請 (診断書の提出が2年目のことをいう。) の者のみ記入すること。
 ※6 申請書への診断書の添付状況を○で囲むこと。
 ※7 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。こと。
 ※8 この申請書の内容については、自立支援医療の提供に必要な範囲内で、指定自立支援医療機関に提供される場合があります。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

自治体記入欄	申請受付年月日		進達年月日		認定年月日		市町村受付印	
	前回所得区分	生保・低 1・低 2・中間 1・ 中間 2・一定以上		重度か	継続	該当	・ 非該当	
	今回所得区分	生保・低 1・低 2・中間 1・ 中間 2・一定以上		重度か	継続	該当	・ 非該当	
	前回の受給者番号			今回の受給者番号				
	診断書の提出	有 (医療用 (1 年目)・医療用 (2 年目)) 無 (手帳用 (1 年目)・手帳用 (2 年目)・手帳で新規)					厚生センター (保健所) 受付印	
	DV等支援措置	該当	・ 非該当	添付書類	受給者証			・ 委任状
	備考							

様式第6号（第2条関係）

自立支援医療（精神通院）診断書

氏名		年 月 日生（ 歳）	男・女
住所			
1 病名（ICDコードは、F00～F99, G40のいずれかを記載）	1) 主たる精神障害	2) 従たる精神障害	3) 身体合併症
	(ICDコード)	(ICDコード)	
2 発病から現在までの病歴（推定発病年月、発病状況、治療の経過等を記載）	(推定発病時期 年 月頃)		
3 現在の病状、状態像等（該当する項目を○で囲むこと。） (1) 抑うつ状態 ア 思考・運動抑制 イ 易刺激性、興奮 ウ 憂うつ気分 エ その他（ ） (2) 躁状態 ア 行為心迫 イ 多弁 ウ 感情高揚・易刺 エ その他（ ） (3) 幻覚妄想状態 ア 幻覚 イ 妄想 ウ その他（ ） (4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 ア 興奮 イ 昏迷 ウ 拒絶 エ その他（ ） (5) 統合失調症等残遺状態 ア 自閉 イ 感情平板化 ウ 意欲の減退 エ その他（ ） (6) 情動及び行動の障害 ア 爆発性 イ 暴力・衝動行為 ウ 多動 エ 食行動の異常 オ チック・汚言 カ その他（ ） (7) 不安及び不穏 ア 強度の不安・恐怖感 イ 強迫体験 ウ 心的外傷に関連する症状 エ 解離・転換症状 オ その他（ ）	4 3の病状、状態像等の具体的程度、症状、検査所見等		
	5 現在の治療内容 (1) 投薬内容（薬剤名、用量等） (2) 精神療法等（該当する項目を○で囲むこと。） ア 精神療法（ 回/月） イ 作業療法（ 回/月） ウ 家族療法（ 回/月） エ デイケア（ 回/月） オ その他（ 回/月） カ なし (3) 訪問看護指示の有無 ア 有（頻度 回/月）		

<p>(8) てんかん発作等 (けいれん及び意識障害) ア てんかん発作 発作型 () 頻度 () イ 意識障害 ウ その他 ()</p> <p>(9) 精神作用物質の乱用、依存等 ア アルコール イ 覚せい剤 ウ 有機溶剤 エ その他 (ア) 乱用 (イ) 依存 (ウ) 残遺性・遅発性精神病性障害 (エ) その他 ()</p> <p>(10) 知能・記憶・学習等の障害 ア 知的障害 (精神遅滞) (ア) 軽度 (イ) 中等度 (ウ) 重度 イ 認知症 ウ その他の記憶障害 () エ 学習の困難 (ア) 読み (イ) 書き (ウ) 算数 (エ) その他 () オ 遂行機能障害 カ 注意障害 キ その他 ()</p> <p>(11) 広汎性発達障害関連症状 ア 相互的な社会関係の質的障害 イ コミュニケーションのパターンにおける 質的障害 ウ 限定した常同的で反復的な関心と活動 エ その他 ()</p> <p>(12) その他 ()</p>	<p>イ 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 (該当する項目を○で囲むこと。)</p> <p>(1) 有 ア 自立訓練 (生活訓練) イ 共同生活援助 (グループホーム) ウ 居宅介護 (ホームヘルプ) エ その他の障害福祉サービス オ 訪問指導 カ その他 ()</p> <p>(2) 無</p>	
<p>8 保健所等訪問指導 (該当する項目を○で囲むこと。)</p> <p>(1) 要 ア 治療中断防止 イ 定期的訪問 ウ デイケア勧奨 エ 就労援助 オ 家族調整 カ その他 ()</p> <p>(2) 不要</p>	
<p>9 備考</p>	

「重度かつ継続」に関する意見書（追加用）	
※ この欄は、申請者の主たる精神障害が「重度かつ継続」に該当する場合に記入してください。	
1 主たる精神障害（ICD-10に準じ、該当する番号及び記号を○で囲み、必要事項を記載すること。）	
(1) F0: ア アルツハイマー型認知症 イ 血管性認知症 ウ その他（ ）	
(2) F1: ア 依存症候群（使用物質： ） イ その他（ ）	
(3) F2: ア 統合失調症 イ その他（ ）	
(4) F3: ア 躁病 イ 躁うつ病 ウ うつ病 エ その他（ ）	
(5) てんかん (G40)	
(6) その他 (F)	
※ 「主たる精神障害」が(6)の場合は「2 医師の略歴」にも記載すること。	
2 医師の略歴（該当する番号を○で囲むこと。）	
(1) 精神保健指定医	
(2) 精神科の医師：精神医療に従事した経験が3年以上の医師	
(3) (1)及び(2)以外の医師：精神医療に従事した経験が3年以上の医師	
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（自署又は記名捺印）

※ 精神障害者保健福祉手帳の申請を同時に行う場合は、この診断書の提出を省略することができる。

-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

自治体記入欄	
審査結果	承認 ・ 不承認 ・ 保留
不承認・保留の理由	

様式第 9 号中

フリガナ													
住所													
個人番号													

を

住所	(郵便番号 —)												
個人番号													

に、

フリガナ													
住所													
個人番号													

を

住所	(郵便番号 —)												
個人番号													

に改め、「身体障害者手帳・」

を削り、

備考												
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

を

備考		委任状	有 ・ 無
----	--	-----	-------

に、

「 2 届出者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。」

を

「 2 届出者が氏名を自署する場合は、押印を省略することができる。
-----ここから下の欄には記入しないでください。-----

自治体記入欄			
所得区分変更 ※ 有の場合は、申請書 への記載が必要	有・無	DV等支援措置	有・無

に改める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成31年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正前の富山県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規則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

(健康課)