

○久山町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則

平成20年 8 月 25 日

久山町規則第 8 号

改正 平成20年12月22日規則第10号

平成24年 6 月 15 日規則第 6 号

平成29年 2 月 1 日規則第 4 号

久山町重度心身障害者医療費の支給に関する条例施行規則（平成 6 年久山町規則第20号）の全部を改正する。

（趣旨）

第 1 条 この規則は、久山町重度障害者医療費の支給に関する条例（昭和49年久山町条例第14号。以下「条例」という。）の施行に関し、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第 2 条 この規則で使用する用語は、条例で使用する用語の例による。

（受給資格の確認申請の手続）

第 3 条 条例第 5 条の規定により、重度障害者医療費の受給資格の認定を受けようとする者は、重度障害者医療費受給資格認定申請書に次の各号に掲げる書類を添え、これを町長に提出しなければならない。

- (1) 医療保険各法による被保険者証、組合員証又は加入者証（以下「被保険者証等」という。）
 - (2) 条例第 2 条第 1 項第 1 号の重度及び同条同項第 3 号の中等度の知的障害者と判定されたことを証する書類、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）による身体障害者手帳、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）による精神障害者保健福祉手帳
 - (3) 重度障害者の前年の所得（1月から9月までの間に受ける医療に係る医療費については、前々年の所得）の額を証する書類
 - (4) 重度障害者の配偶者又は民法（明治29年法律第89号）第877条第 1 項に規定する扶養義務者で、当該重度障害者の生計を維持する者の前年の所得（1月から9月までの間に受ける医療に係る医療費については、前々年の所得）の額を証する書類
- 2 前項の規定により添付しなければならない書類により証明すべき事実を公簿等によって確認できるときは、当該書類の添付を省略することができる。
- 3 町長は、3 年ごとに一定の期日を定めて重度障害者の受給資格の認定の更新を行うもの

とする。

(改正(平29規則第4号))

(医療証の交付及び不交付の通知)

第4条 条例第6条第1項の規定による重度障害者医療証(以下「医療証」という。)の交付は、65歳未満の者に対しては、重度障害者医療証(様式第2号又は様式第2号の2)により、65歳以上の者に対しては重度障害者医療証(様式第3号又は様式第3号の2)により行うものとする。

2 町長は、条例第6条第2項の規定により、医療証を交付しないものと決定したときは、その理由を付して、申請者に通知するものとする。

(医療証の有効期限等)

第5条 医療証の有効期限は、第3条第3項の規定により、町長が定める受給資格の認定の更新を行う日(以下「更新日」という。)の前日までとする。ただし、次の各号に掲げる場合にあっては、当該各号の定める日までとする。

(1) 次の更新日までの間に受給資格の認定の期間が満了する場合 当該重度障害者資格の認定の期間が満了する日の属する月の末日

(2) 65歳未満の者が次の更新日までに65歳に達する場合 65歳に達する日の属する月の末日

2 受給資格者は、医療証の有効期間が過ぎたときは、当該医療証を速やかに町長に返還しなければならない。

(医療証の再交付)

第6条 受給資格者は、医療証を破り、汚し、又は失ったときは、重度障害者医療証再交付申請書を町長に提出し、医療証の再交付を受けることができる、

2 医療証を破り、又は汚した場合における前項の申請書には、その医療証を添えなければならない。

3 受給資格者は、医療証の再交付を受けた後、失った医療証を発見したときは、速やかに町長に返還しなければならない。

(保険医療機関等)

第7条 条例第7条で規定する病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーションは、健康保険法(大正11年法律第70号)第63条第3項第1号の保険医療機関及び保険薬局、同法第88条の指定訪問看護事業者が運営する訪問看護ステーション、その他町長の定める病院、診療所又は薬局(以下「保険医療機関等」という。)とする。

(重度障害者医療費の請求)

第8条 保険医療機関等は、条例第8条第1項の規定により、重度障害者医療費の支払を町長に請求しようとするときは、請求書を町長に提出しなければならない。ただし、受給資格者が国民健康保険の被保険者以外にあっては、重度障害者医療費請求書を提出するものとする。

(重度障害者医療費の支給申請)

第9条 受給資格者は、条例第8条第3項の規定により、重度障害者医療費の支給を受けようとするときは、必要な証拠書類を添えて重度障害者医療費支給申請書を町長に提出しなければならない。

2 町長は、重度障害者が久山町国民健康保険の被保険者であって、当該重度障害者に係る重度障害者医療費の額を公簿等によって確認できるときは、前項の証拠書類の提出を省略させることができる。

(重度障害者医療費に関する決定の通知)

第10条 町長は、前条第1項による申請書が提出された場合において、重度障害者医療費の支給に関する決定をしたときは、文書をもってその内容を申請者に通知するものとする。この場合において、医療費の全部又は一部につき不支給の決定をしたときは、その理由を付記するものとする。

(届出)

第11条 条例第9条で規定する規則で定める事項は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 重度障害者の住所、氏名
- (2) 重度障害者の世帯主又は被保険者、組合員若しくは加入者（以下「被保険者等」という。）の住所、氏名（重度障害者が被保険者等でない場合のみ）
- (3) 受給資格者の住所及び氏名（受給資格者が重度障害者又は被保険者等でない場合のみ）
- (4) 重度障害者の死亡
- (5) 重度障害者の被保険者等
- (6) 重度障害者の被保険者等に係る保険者
- (7) 障害の程度が軽減した事実
- (8) その他町長が必要と認める事項

2 受給資格者は、条例第9条の規定により届出をしようとするときは、次項に該当する場合を除き、重度障害者医療変更届に医療証を添え、これを町長に提出しなければならない。

- 3 受給資格者は、条例第3条に規定する対象者でなくなったときは、重度障害者医療費受給資格喪失届に医療証を添えて、これを町長に提出しなければならない。
- 4 受給資格者は、重度障害者医療費の支給理由が第三者の行為によって生じたものであるときは、その旨を直ちに町長に届け出なければならない。

(様式)

第12条 この規則の施行に関し必要な書類の様式は、次のとおりとする。

- (1) 重度障害者医療費受給資格（認定・更新）申請書兼台帳 様式第1号
- (2) 重度障害者医療証（65歳未満用） 様式第2号
- (3) 重度障害者医療証（65歳未満：精神障害者用） 様式第2号の2
- (4) 重度障害者医療証（65歳以上用） 様式第3号
- (5) 重度障害者医療証（65歳以上：精神障害者用） 様式第3号の2
- (6) 重度障害者医療証再交付申請書 様式第4号
- (7) 重度障害者医療費請求書（医科・歯科用） 様式第5号
- (8) 重度障害者医療費請求書（調剤用） 様式第6号
- (9) 重度障害者訪問看護療養費請求書 様式第7号
- (10) 重度障害者医療費支給申請書 様式第8号
- (11) 重度障害者医療変更届 様式第9号
- (12) 第三者の行為による被害届 様式第10号
- (13) 重度障害者医療費受給資格喪失届 様式第11号

附 則

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成20年10月1日（以下「施行日」という。）から施行する。ただし、次項の規定は、公布の日から施行する。
- 2 町長は、前項の規定にかかわらず、施行日前においても、改正後の久山町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定により、久山町重度障害者医療費の支給に関する条例の一部を改正する条例（平成20年久山町条例第14号）による受給資格の認定及び受給資格者に対する障害者医療証の交付の手続をすることができる。

附 則（平成20年12月22日規則第10号）

(施行期日等)

- 1 この規則は、平成21年4月1日（以下「施行日」という。）から施行する。

(適用区分)

2 改正後の久山町重度障害者医療費の支給に関する条例施行規則の規定は、平成21年4月1日以降の診療に関して適用し、施行日前の診療に係る医療費の支給については、なお従前の例による。

附 則（平成24年6月15日規則第6号）

この規則は、公布の日から施行する。ただし、第2条の規定は、平成24年7月9日から施行する。

附 則（平成29年2月1日規則第4号）

この規則は、公布の日から施行し、平成28年10月1日から適用する。

様式第1号

重度障害者医療費受給資格(認定・更新)申請書兼台帳

交付年月日 年 月 日

受給者番号				資格認定年月日		年 月 日		申請事由		新規・更新・転入・その他()		年齢区分				
受給者	フリガナ					住所	〒									
	氏 名					住所										
	生 年 月 日	年 月 日				住所	〒									
	フリガナ					住所										
医療保険	被保険者氏名					受給者との続柄					附加給付の有無					
	保険種別					記号・番号					所在地					
	保険者名					保 険 者 番 号					高額療養費代理受給委任状の有無					
障害の状況	身体障害の状況	番号			等級			発行者			交付日			種別		
	知的障害の状況	番号			程度			発行者			交付日			判定日		
	精神障害の状況	番号			等級			発行者			交付日			期限		
	国民年金	番号			傷病名			有期認定			他の公費			施設入居		
	特別児童扶養手当	番号			傷病名			有期認定			他の公費			施設入居		
同居者	氏 名			所得状況	本人		配偶者		扶養義務者							
				所得状況	控除後の所得額		円		円		円					
				所得状況	控除対象親族数		人		人		人					
				所得状況	限 度 額		円		円		円					
上記のとおり、重度障害者医療費受給資格(認定・更新)を申請します。 なお、重度障害者医療証交付及び更新のために必要があるときは、私ならびに私と生計の同一を維持する者の所得状況について調査されることに同意します。																
久 山 町 長 様 住所 年 月 日 申請者 氏名 TEL()																
審査欄	資格審査	☐ ①可 ☐ ②否	所得審査	☐ ①可 ☐ ②否	判定	☐ ①認定 ☐ ②却下	公簿確認	戸籍・住民票 生活保護・他制度医療()	・所得	メモ欄						

様式第2号(第12条関係)(65歳未満用)
(表)

福岡県障害者医療 医 療 証	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
負担者番号	
受給者番号	
受給者	住所 福岡県
	氏 名
	生年月日
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月10日限度) 〔※低所得者の場合(裏面注7参照)〕 1日当たり300円(月10日限度)
	入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関 (薬局を除く)ごとに負担してください。
発行機関名 及 び 印	福岡県 久山町長
交付年月日	年 月 日

(裏)

注 意 事 項
1 この証は、久山町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
3 受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。
4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。
5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。
6 この証では交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
7 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「C」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口にて提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。
※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日町での差額の払い戻し申請を行ってください。
8 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)
9 後期高齢者医療制度に加入された場合は、町長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けてください。

※この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

様式第2号の2(第12条関係)(65歳未満：精神障害者用)
(表)

福岡県障害者医療 医 療 証		
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
負担者番号		
受給者番号		
受給者	住 所 福岡県	
	氏 名	男・女
	生 年 月 日	年 月 日
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月10日限度) 〔※低所得者の場合(裏面注7参照) 1日当たり300円(月10日限度)〕	
	精神病床への入院に係る費用は対象外 (裏面注8参照)	
	入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関 (薬局を除く)ごとに負担してください。	
発行機関名 及 び 印	福岡県 久山町長	
交付年月日	年 月 日	

※この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏)

注 意 事 項
1 この証は、久山町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
3 受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。
4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。
5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。
6 この証では交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
7 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用認定証」又は「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、適用区分が「C」、「低所得」、「区分Ⅰ」又は「区分Ⅱ」の場合は、医療機関の窓口へ提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れや「標準負担額減額認定証」の場合は、後日町での差額の払い戻し申請を行ってください。
8 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けたすべての入院の医療費は対象となりません。 ※入院以外の医療費については、対象となります。
9 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)
10 後期高齢者医療制度に加入された場合は、町長へ届出を行い、新たな医療証の交付を受けてください。

様式第3号(第12条関係)(65歳以上用)
(表)

福岡県障害者医療証	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
負担者番号	
受給者番号	
受給者	住所 福岡県
	氏 名
	生年月日
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月10日限度) 〔※低所得者の場合(裏面注7参照)〕 1日当たり300円(月10日限度) 入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関 (薬局を除く)ごとに負担してください。
発行機関名 及び印	福岡県 久山町長
交付年月日	年 月 日

※ この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏)

注 意 事 項
1 この証は、久山町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
3 受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。
4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。
5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。
6 この証では交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
7 加入医療保険の保険者が交付する「限度額適用・標準負担額減額認定証」をお持ちの方は、医療機関の窓口へ提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れの場合は、後日町での差額の払い戻し申請を行ってください。
8 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)

様式第3号の2(第12条関係)(65歳以上：精神障害者用)
(表)

福岡県障害者医療証	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
負担者番号	
受給者番号	
受給者	住所 福岡県
	氏 名
	生年月日 年 月 日
一部自己負担金	入院 1日当たり500円(月10日限度) 〔※低所得者の場合(裏面注7参照)〕 1日当たり300円(月10日限度)
	精神病床への入院に係る費用は対象外 (裏面注8参照)
	入院外 1月当たり500円を限度 ※入院・入院外とも上記金額を医療機関 (薬局を除く)ごとに負担してください。
発行機関名及び印	福岡県 久山町長
交付年月日	年 月 日

※この証は県外の保険医療機関等では使用できません。

(裏)
注 意 事 項
1 この証は、久山町の条例により重度障害者医療費の支給を受けることができることを示す証ですから、大切に保持してください。
2 受給者が保険医療機関等において診療を受ける場合は、後期高齢者医療被保険者証に添えて、この証を必ず窓口提出してください。
3 受給者が町の区域外に転出したとき、又は有効期間が経過したときなどには、この証を使用することができませんので、速やかに町長に返してください。
4 受給者やその保護者の氏名や居住地に変更があったときは、この証を添えて、速やかに町長にその旨を届け出てください。
5 受給者が加入している医療保険又はその内容などに変更があったときは、速やかに町長にその旨を届け出てください。
6 この証では交通費、容器代、入院室料の差額、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の経費は、公費負担されません。
7 加入医療保険の保険者が交付する低所得者である証明(限度額適用認定証)を医療機関の窓口に提示することにより入院の自己負担(日額)を軽減することができます。 ※提示忘れの場合は、後日町での差額の払い戻し申請を行ってください。
8 精神病床への入院がある月は、その医療機関で受けたすべての入院の医療費は対象となりません。 ※入院以外の医療費については、対象となります。
9 他の公費医療の適用がある場合は、この証は使えないこととなっていますからご了承ください。 (後日、町に払い戻しの申請を行ってください。)

様式第4号

重 度 障 害 者 医 療 証 再 交 付 申 請 書

年 月 日

久 山 町 長 様

住所
申請者 氏名

電話(—)

下記のとおりですから、障害者医療証を再交付して下さるよう申請します。

受 給 者 氏 名 生 年 月 日

受 給 者 番 号

年 月 日

--	--	--	--	--	--	--	--

申請の理由

1. なくした
 2. やぶれた
 3. よごした
 4. その他
- ()

台帳	医療証

様式第5号(第12条関係)

1	3	8
医 科	歯 科	医 保

年 月 分		乳障親医療費請求書					
4	0					殿	医療機関 コード _____
下記のとおり請求する。					保険医療機関等の 所在地及び名称 開設者氏名		
		年 月 日		㊟			

	保 険 給 付 割 合 別	件数	診 療 実日数	総 点 数	乳・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑤ 乳 幼 児	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					

	保 険 給 付 割 合 別	件数	診 療 実日数	総 点 数	乳・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑥ 障 害 者	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					

	保 険 給 付 割 合 別	件数	診 療 実日数	総 点 数	乳・障・親 医療費給付外の額	一部負担金	備 考
⑨ ひ と り 親	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。
 この様式で国保該当者分の請求はできません。
 実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第6号(第12条関係)

4	8
調 剤	医 保

年 月 分		乳障親医療費請求書									
4	0						殿	薬 局 コ ー ド			
下記のとおリ請求する。 保険医療機関等の 所在地及び名称 開設者氏名											
		年 月 日									
	保 険 給 付 割 合 別	件数	処方せん の 枚 数	総 点 数	一部負担金	備 考					
⑤ 乳 幼 児	7割	請求									
		※決定									
	8割	請求									
		※決定									
	割	請求									
		※決定									
	保 険 給 付 割 合 別	件数	処方せん の 枚 数	総 点 数	一部負担金	備 考					
⑥ 障 害 者	7割	請求									
		※決定									
	8割	請求									
		※決定									
	割	請求									
		※決定									
	保 険 給 付 割 合 別	件数	処方せん の 枚 数	総 点 数	一部負担金	備 考					
⑨ ひ と り 親	7割	請求									
		※決定									
	8割	請求									
		※決定									
	割	請求									
		※決定									

(注) ※印の欄は記入しないでください。
 この様式で国保該当者分の請求はできません。
 実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

様式第7号(第12条関係)

9	8
訪	医 保

年 月 分		乳障親訪問看護療養費請求書					
4	0					殿	訪 問 看 護 ステーションコード
下記のとおり請求する。							訪問看護ステーションの 所 在 地 及 び 名 称 開 設 者 氏 名
		年 月 日		㊞			

	保 険 給 付 割 合 別	件数	実日数	総金額	乳・障・親訪問看護 療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑤ 乳 幼 児	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					
	保 険 給 付 割 合 別	件数	実日数	総金額	乳・障・親訪問看護 療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑥ 障 害 者	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					
	保 険 給 付 割 合 別	件数	実日数	総金額	乳・障・親訪問看護 療養費給付外の額	※ 金 額	備 考
⑨ ひ と り 親	7割	請求					
		※決定					
	8割	請求					
		※決定					
	割	請求					
		※決定					

(注) ※印の欄は記入しないでください。
 この様式で国保該当者分の請求はできません。
 実施者(市町村)が異なる場合は、それぞれに添付してください。

[illegible]

様式第9号

障 害 者 医 療 変 更 届

年 月 日

久山町長 様

届出人 住所

氏名

受給者氏名

生年月日

受給者番号

年 月 日

--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり変更がありましたので、お届けします。

I 変更事由(該当するものを○で囲む)

1. 受給者の住所
2. 世帯主の住所
3. 受給者の氏名
4. 世帯主等の氏名
5. 受給者の世帯主、被保険者等
6. 被保険者証等の記号・番号
7. その他()

II 変更の内容

変更年月日	変 更 前	変 更 後

様式第10号(第12条関係)

第三者の行為による被害届 年 月 日 久山町長 殿 届出者 住 所 氏 名 次のとおり届けます。									
被 害 者	受給者番号				受給資格者名 (被害者名)				
加 害 者	住 所				氏 名			職 業	電 話
加害者の 使 用 者	住 所				氏 名			職 業	電 話
負傷の日時及び場所		年 月 日 午前 時 分頃 場所 午後							
発 病 の 原 因 又 は 負 傷 時 の 状 況									
疾病又は負傷の程度					治癒までの見込み			入院 通院 診療費総額	日 日 円
診療を受けた 医 師 名	当 初	住 所			氏 名	電 話			
	転 医 後	住 所			氏 名	電 話			
自動車事故 の 場 合	自 動 車 番 号				自動車所有者 住 所 ・ 氏 名		電 話		
	自動車損害賠償 責任保険契約社				所 在 地				
損害賠償に 関する交渉 の 経 過									

様式第11号(第12条関係)

重度障害者医療費受給資格喪失届

年 月 日

久山町長 殿

届出人 住所
氏名

次のとおり受給資格を喪失したので、医療証を添えて届けます。

受給資格喪失の事由	1 転出予定 2 生活保護受給 3 死亡 4 その他()
受給資格喪失年月日	年 月 日
医療証	受給者番号
	氏 名

様式第 1 号

(全改 (平24規則第 6 号))

様式第 2 号 (第12条関係) (65歳未満用)

(改正 (平20規則第10号))

様式第 2 号の 2 (第12条関係) (65歳未満 : 精神障害者用)

(改正 (平20規則第10号))

様式第 3 号 (第12条関係) (65歳以上用)

(改正 (平20規則第10号))

様式第 3 号の 2 (第12条関係) (65歳以上 : 精神障害者用)

(改正 (平20規則第10号))

様式第 4 号

(全改 (平24規則第 6 号))

様式第 5 号 (第12条関係)

様式第 6 号 (第12条関係)

様式第 7 号 (第12条関係)

様式第 8 号

(全改 (平24規則第 6 号))

様式第 9 号

(全改 (平24規則第 6 号))

様式第10号 (第12条関係)

様式第11号 (第12条関係)