



島根県報

平成18年 9 月29日 (金)
号外 第 112 号

(毎週火・金曜日発行)

<http://www.pref.shimane.lg.jp/>

目 次

規 則

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を改正する規則	(障害者福祉課)	2
障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則	(")	4
児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の指定等に関する規則	(")	14

公布された条例等のあらまし

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を改正する規則 (規則第87号)

1 規則の概要

- (1) 精神病院の管理者は、医療保険入院について、保護者に関し変更があったときは、速やかにその旨を知事に届け出なければならないこととした。(第10条関係)
- (2) 精神障害者社会復帰施設の設置等の届出に関する規定を削ることとした。(第16条関係)
- (3) 精神障害者保健福祉手帳に関する様式を改めることとした。(様式第4号・様式第5号・様式第9号関係)
- (4) その他規定の整理

2 施行期日

平成18年10月1日から施行することとした。

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則 (規則第88号)

1 規則の概要

- (1) 指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定相談支援事業者の指定(以下「指定」という。)及び指定の更新の申請について定めることとした。(第2条・様式第1号関係)
- (2) 指定の変更の申請について定めることとした。(第3条・様式第1号の2関係)
- (3) 指定の変更の届出等について定めることとした。(第4条・様式第2号・様式第3号関係)
- (4) 指定障害者支援施設の指定の辞退の届出について定めることとした。(第5条・様式第4号関係)
- (5) 指定等をしたときに公示する事項について定めることとした。(第6条関係)
- (6) 次に掲げる規則の廃止

ア 身体障害者福祉法に基づく指定身体障害者更生施設等の指定等に関する規則

イ 知的障害者福祉法に基づく指定知的障害者更生施設等の指定等に関する規則

2 施行期日

平成18年10月1日から施行することとした。

児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の指定等に関する規則 (規則第89号)

1 規則の概要

- (1) 指定知的障害児施設等の指定(以下「指定」という。)及び指定の更新の申請について定めることとした。(第2条・様式第1号関係)
- (2) 指定の変更の届出について定めることとした。(第3条・様式第2号関係)
- (3) 指定の辞退の届出について定めることとした。(第4条・様式第3号関係)

(4) 指定等をしたときに公示する事項について定めることとした。(第5条関係)

2 施行期日

平成18年10月1日から施行することとした。

規 則

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を改正する規則をここに公布する。

平成18年9月29日

島根県知事 澄田信義

島根県規則第87号

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を改正する規則

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44年島根県規則第54号)の一部を次のように改正する。

第10条中「又は医療保護入院者」を削り、同条に次の1項を加える。

- 2 精神病院の管理者は、医療保護入院(法第33条第1項の規定による入院をいう。)について、同意をした保護者に住所若しくは氏名の変更があったとき、又は保護者に変更があったときは、速やかにその旨を知事に届け出なければならない。

第16条及び第17条を削る。

第18条中「(第16条に規定するものを除く。)」を削り、同条を第16条とする。

「精神障害者保健福祉手帳(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条)について申請様式第4号中 します。(該当するものに 印を付すること。)

〔新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の区域を越える住所変更〕

「精神障害者保健福祉手帳(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条)について申請します。(該当するものに 印を付すること。)

〔新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の区域を越える住所変更〕

のりづけ
写真添付 上半身、脱帽、正面 1年以内の写真 横3センチメートル 縦4センチメートル (裏に氏名を記入)

に、

「医師の診断書」を「医師の診断書」に改め、同様式(注)を次の年金証書の写し(級)・同意書 特別障害給付金受給資格者証等の写し(級)・同意書

ように改める。

- (注) 1 新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」、「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」又は「特別障害給付金受給資格者証(特別障害者給付金支給決定通知書)及び直近の国庫振込通知書(国庫金送金通知書)の写し」が必要です。
- 2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために社会保険事務局、社会保険事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。
- 3 の欄は、記入しないでください。

様式第5号中「社会復帰施設・グループホーム・作業所等」を「障害福祉サービス等」に、

現在の精神保健福祉サービス等の利用状況（該当する にレ印を付けること。） 特になし

社会復帰施設（ 生活訓練施設 授産施設 福祉ホーム 福祉工場 地域生活支援センター）

共同作業所 グループホーム

ホームヘルプ 訪問看護・指導

療育手帳

その他（)

を

現在の精神保健福祉サービス等の利用状況（該当する にレ印を付けること。）

特になし

障害者自立支援法に規定する

（ 自立訓練（生活訓練）、 共同生活援助（グループホーム）、 共同生活介護（ケアホー
ム）、 居宅介護（ホームヘルプ）、 その他の障害福祉サービス等

小規模作業所 訪問看護・指導

精神科デイケア（ 自医療機関、 他医療機関）

療育手帳 その他（)

に、

年 月 日

医療機関所在地 _____

名 称 _____

電 話 番 号 _____

医師氏名（自署） _____

を

上記のとおり診断します。 _____ 年 月 日

医療機関所在地 _____

医療機関の名称 _____

電 話 番 号 _____

診療科担当科目名 _____

医師氏名（自署） _____

自立支援医療費（精神通院医療）と同時申請の場合は、下記についても記載してください。

「重度かつ継続」に関する意見書

に改め

の主たる精神障害（該当する にレ印を付けること。）

F 0 F 1 F 2 F 3 G40 その他（ F)

上記が「その他」である場合で、計画的かつ集中的な精神医療を継続的に要する場合のみ、下記についても記載すること。（該当区分の にレ印を付け、その他の医師にチェックをされた医師は3年以上の精神医療従事歴がわかるように記載をすること。）

医師の区分 精神保健指定医

精神科医（精神医療の臨床経験3年以上）

その他の医師（精神医療従事歴： _____）

る。

「〔再交付の理由〕（該当するものに 印を付すること。）

汚れ 破れ 紛失

様式第9号中 届出・申請書を提出した者（届出・申請者本人と異なる場合に記入）を

提出者 氏名 _____ 印

住所 _____

続柄 _____

「〔再交付の理由〕（該当するものに 印を付すること。）

汚れ 破れ 紛失

写真貼付無しから写真貼付有りへ変更するための再交付申請

届出・申請書を提出した者（届出・申請者本人と異なる場合に記

入）

提出者 氏名 _____ 印

住所 _____

続柄 _____

のりづけ
写真添付 上半身、脱帽、正面 1年以内の写真 横 3センチメートル 縦 4センチメートル (裏に氏名を記入)

に改め、同様式（注）

に次のように加える。

3 再交付の場合は、写真を添付すること。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。

（経過措置）

2 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）附則第48条に規定する精神障害者社会復帰施設については、この規則による改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（以下「改正前の規則」という。）第16条第2項及び第3項の規定は、なおその効力を有する。

3 改正前の規則の規定により作成した用紙でこの規則の施行の際現に残存するものは、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則をここに公布する。

平成18年9月29日

島根県知事 澄 田 信 義

島根県規則第88号

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者等の指定等に関する規則

障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス事業者の指定等に関する規則（平成18年島根県規則第35号）の全部を改正する。

（趣旨）

第1条 障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）に基づく指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設及び指定相談支援事業者の指定等については、法、障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号）、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「省令」という。）、障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号）、障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第172号）及び障害者自立支援法に基づく指定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第173号）に定めるもののほ

か、この規則の定めるところによる。

(指定の申請等)

第 2 条 法第36条第 1 項、第38条第 1 項及び第40条において準用する法第36条第 1 項 (これらの規定を法第41条第 4 項において準用する場合を含む。) の申請は、様式第 1 号によるものとする。

(指定の変更の申請)

第 3 条 法第37条第 1 項及び第39条第 1 項の規定による申請は、様式第 1 号の 2 によるものとする。

(変更の届出等)

第 4 条 法第46条第 1 項及び第 2 項の規定による届出は、省令第34条の23第 1 項本文、第34条の26本文又は第34条の28第 1 項本文に規定する場合においては様式第 2 号に、省令第34条の23第 3 項又は第34条の28第 2 項に規定する場合には様式第 3 号によるものとする。

(指定の辞退)

第 5 条 法第47条の規定により指定を辞退しようとする者は、様式第 4 号により届出書を知事に提出するものとする。

(公示)

第 6 条 法第51条の規定による公示は、次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設の設置者又は指定相談支援事業者の名称
- (2) 指定、名称及び所在地の変更、事業の廃止、指定の辞退又は指定の取消し (以下この条において「指定等」という。) に係る事業所又は施設の名称及び所在地 (名称の変更にあつては、事業所の所在地を除く。)
- (3) 指定等の年月日
- (4) 指定等に係る指定障害福祉サービス又は施設障害福祉サービスの種類

(委任)

第 7 条 この規則に定めるもののほか、この規則の施行に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成18年10月 1 日から施行する。

(身体障害者福祉法に基づく指定身体障害者更生施設等の指定等に関する規則及び知的障害者福祉法に基づく指定知的障害者更生施設等の指定等に関する規則の廃止)

2 次に掲げる規則は、廃止する。

- (1) 身体障害者福祉法に基づく指定身体障害者更生施設等の指定等に関する規則 (平成15年島根県規則第47号)
- (2) 知的障害者福祉法に基づく指定知的障害者更生施設等の指定等に関する規則 (平成15年島根県規則第48号)

(経過措置)

3 法附則第20条の旧法指定施設の変更の届出及び指定の辞退については、なお従前の例による。

様式第 1 号 (第 2 条関係)

受付番号

指定障害福祉サービス事業所
指定障害者支援施設 指定(更新)申請書
指定相談支援事業所

年 月 日

島根県知事 様

所在地
申請者 名称
代表者氏名



障害者自立支援法に規定する指定障害福祉サービス事業所(指定障害者支援施設・指定相談支援事業所)の指定(指定の更新)を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

事業所(施設)所在地市町村番号

Table with columns for applicant information (フリガナ, 名称, 主たる事務所の所在地, 法人種別, 連絡先, 代表者職氏名, 住所) and designated facility information (フリガナ, 名称, 事業所(施設)の所在地, 同一所在地における事業等種類, 指定を受けようとする事業所・施設, 既に指定を受けている事業所・施設).

特 記 事 項

添付書類 1 別紙(他の法律の規定による指定を既に受けている事業所等(この申請により指定を受けようとする事業所・施設と所在地が同一のものに限る。))がある場合に限る。)

2 障害者自立支援法施行規則に規定する書類その他別に定める書類

備考 1 「受付番号」欄及び「事業所(施設)所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。

2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記載してください。

3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「同一所在地において行う事業等の種類」欄は、この申請により指定を受けようとする事業所・施設について記載するとともに、当該事業所・施設と所在地が同一である事業所・施設(この申請に併せて指定申請するものを含む。)について記載してください。

5 「指定を受けようとする事業所・施設」欄の「該当」欄は、「同一所在地において行う事業等の種類」欄に記載する事業所・施設のうちこの申請により指定を受けようとするものについて を記載してください。また、「様式欄」は、別に定める付表の種類を記載してください。

6 「既に指定を受けている事業所・施設」欄は、「同一所在地において行う事業等の種類」欄に記載する事業所・施設のうち既に指定を受けているものについて記載してください。

様式第 1 号の 2 (第 3 条関係)

受付番号	
------	--

特定障害福祉サービス事業所
指 定 障 害 者 支 援 施 設 変更指定申請書

年 月 日

島根県知事 様

所 在 地
申 請 者 名 称
代 表 者 氏 名



障害者自立支援法に規定する特定障害福祉サービス事業所（指定障害者支援施設）の指定の変更を受けたいので、
下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

事業所（施設）所在地市町村番号	
-----------------	--

申請者（事業者・設置者）	フリガナ			
	名 称			
	主たる事務所の所在地	（郵便番号） 県 郡・市		
	法人である場合その種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	代表者の職・氏名	フリガナ 職 名	フリガナ 氏 名	
指定の変更を受けようとする事業所（施設）	代表者の住所	（郵便番号） 県 郡・市		
	フリガナ			
	所在地（設置の場所）	（郵便番号） 県 郡・市		
	障害福祉サービス等の種類 事業所番号	1 生活介護 2 就労継続支援B型 3 障害者支援施設		
変更する事項				
変更の内容	（変更前）			
	（変更後）			
変更予定年月日	年 月 日			
特記事項				

添付書類 障害者自立支援法施行規則に規定する書類その他別に定める書類

- 備考
- 1 「受付番号」欄及び「事業所（施設）所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
 - 2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記載してください。
 - 3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 4 「障害福祉サービス等の種類」欄は、指定の変更を受けようとするものの番号を で囲んでください。

様式第 2 号 (第 4 条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

所 在 地

届出者 名 称

代表者氏名

㊟

下記のとおり指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

記

指定内容を変更した事業所 (施設)		事業所番号
		名 称
		所 在 地
		サービスの種類
変更があった事項		変更の内容
1	事業所 (施設) の名称	(変更前)
2	事業所 (施設) の所在地 (設置の場所)	
3	事業者 (設置者) の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名及び住所	
6	定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (当該指定に係る事業に関するものに限る。)	
7	建物の構造概要、平面図及び設備の概要	
8	管理者の氏名、経歴及び住所	
9	サービス提供責任者の氏名、経歴及び住所	
10	サービス管理責任者の氏名、経歴及び住所	
11	指定相談支援の提供に当たる者の氏名、経歴及び住所	
12	主たる対象者	
13	運営規程	
14	介護給付費等の請求に関する事項	
15	事業所の種別 (併設型・空床型の別)	
16	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員	
17	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	
18	提供する障害福祉サービスの種類 (重度障害者等包括支援の場合に限る。)	
19	委託提供する障害福祉サービスの種類並びに委託先の事業所の名称及び所在地 (重度障害者等包括支援の場合に限る。)	
20	障害者支援施設等との連携及び支援体制の概要	
21	連携する公共職業安定所その他の関係機関の名称	
22	事業の開始予定年月日	
23	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要	
24	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要	
変 更 年 月 日		年 月 日

- 備考 1 該当項目番号を で囲んでください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第 3 号 (第 4 条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

島根県知事 様

所在地
届出者 名称
代表者氏名



下記のとおり事業を廃止(休止・再開)したので届け出ます。

記

	事業所番号	
廃止(休止・再開)する事業所	名称	
	所在地	
廃止・休止・再開した事業		
廃止・休止・再開した年月日		年 月 日
廃止・休止した理由		
現に指定障害福祉サービス又は指定相談支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止した場合に限る。)		
休止予定期間		年 月 日 ~ 年 月 日

添付書類 従業員の勤務の体制及び勤務形態を記載した書類(事業の再開に係る届出において、当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合に限る。)

備考 廃止、休止又は再開の日から10日以内に届け出てください。

様式第 4 号 (第 5 条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

所 在 地
届出者 名 称
代表者氏名



指定障害者支援施設の指定を辞退するので、下記のとおり届け出ます。

記

	事業所番号	
指定を辞退する施設	名 称	
	所 在 地	
指 定 を 受 け た 年 月 日		年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日		年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 理 由		
現に施設に入所している者に対する措置		

備考 指定を辞退する日の 3 月前までに届け出てください。

児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の指定等に関する規則をここに公布する。

平成18年9月29日

島根県知事 澄 田 信 義

島根県規則第89号

児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の指定等に関する規則

(趣旨)

第1条 児童福祉法(昭和22年法律第164号。以下「法」という。)に基づく指定知的障害児施設等の指定等については、法、児童福祉法施行令(昭和23年政令第74号)、児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)及び児童福祉法に基づく指定知的障害児施設等の人員、設備及び運営に関する基準(平成18年厚生労働省令第178号)に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

(指定の申請等)

第2条 法第24条の9第1項(法第24条の10第4項において準用する場合を含む。)の申請は、様式第1号によるものとする。

(変更の届出)

第3条 法第24条の13の規定による届出は、様式第2号によるものとする。

(指定の辞退)

第4条 法第24条の14の規定により指定を辞退しようとする者は、様式第3号により届出書を知事に提出するものとする。

(公示)

第5条 法第24条の18の規定による公示は、次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 指定知的障害児施設等の設置者の名称
- (2) 指定、指定の辞退又は指定の取消し(以下この条において「指定等」という。)に係る施設の名称及び所在地
- (3) 指定等の年月日
- (4) 指定等に係る指定知的障害児施設等の種類

(委任)

第6条 この規則に定めるもののほか、この規則の施行に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

様式第 1 号 (第 2 条関係)

受付番号

知的障害児施設等指定 (更新) 申請書

年 月 日

島根県知事 様

所在地
申請者 名 称
代表者氏名



児童福祉法に規定する知的障害児施設等の指定 (指定の更新) を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申請者 (設置者)	フリガナ				
	名 称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 県 郡・市			
	法人である場合その種別		法人所轄庁		
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	代表者の職・氏名	フリガナ		フリガナ	
指定を受けようとする施設の種別	代表者の住所	(郵便番号) 県 郡・市			
	フリガナ				
	名 称				
	施設の所在地	(郵便番号) 県 郡・市			
	施設の種別	事業開始予定年月日			
	同一所在地に設置する施設の種別	施設番号			
特記事項					

添付書類 1 別紙(他の法律の規定による指定を既に受けている事業所等(この申請により指定を受けようとする施設と所在地が同一のものに限る。)がある場合に限る。)

2 児童福祉法施行規則に規定する書類その他別に定める書類

備考 1 「受付番号」欄は、記載しないでください。

2 「法人である場合その種別」欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記載してください。

3 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。

4 「同一所在地に設置する施設の種別」欄は、この申請により指定を受けようとする施設と所在地が同一である知的障害児施設等(この申請に併せて指定申請するものを含む。)について記載してください。

5 「施設番号」欄は、「同一所在地に設置する施設の種別」欄に記載する施設のうち、既に指定を受け、番号が付番されているものについて記載してください。

様式第 2 号 (第 3 条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

所 在 地

届出者 名 称

代表者氏名

印

下記のとおり指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

記

指 定 内 容 を 変 更 し た 施 設	名 称	
	所 在 地	
	施 設 の 種 類	
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容
1	施設の名称	(変 更 前)
2	施設の所在地	
3	設置者の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名及び住所	
6	定款・寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (当該指定に係る事業に関するものに限る。)	
7	医療法第 7 条の許可を受けた病院又は診療所であることを証する書類	
8	建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要	
9	管理者の氏名、経歴及び住所	(変 更 後)
10	運営規程	
11	障害児施設給付費及び障害児施設医療費の請求に関する事項	
12	併設施設における利用定員数又は当該施設の入所者の定員	
13	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容	
14	事業の開始予定年月日	
15	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要	
変 更 年 月 日		年 月 日

- 備考 1 該当項目番号を で囲んでください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第 3 号 (第 4 条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

所 在 地
届出者 名 称
代表者氏名



指定知的障害児施設等の指定を辞退するので、下記のとおり届け出ます。

記

指 定 を 辞 退 す る 施 設	名 称	
	所 在 地	
指 定 を 受 け た 年 月 日		年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日		年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 理 由		
現に施設に入所している者に対する措置		

備考 指定を辞退する日の 3 月前までに届け出てください。

