



島根県報

平成21年3月31日（火）

号外第73号

（毎週火・金曜日発行）

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

目 次

【規 則】

島根県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則 (障害者福祉課) 2

【人委規則】

職員の給与の支給に関する規則の一部を改正する規則 10

公布された条例等のあらまし

◇島根県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則（規則第45号）

1 規則の概要

- (1) 様式を整備することとした。（様式第2号・様式第7号—様式第9号・様式第24号関係）
- (2) その他規定の整理

2 施行期日

平成21年4月1日から施行することとした。

規 則

島根県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成21年3月31日

島根県知事 溝 口 善兵衛

島根県規則第45号

島根県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則

島根県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（昭和45年島根県規則第12号）の一部を次のように改正する。

第6条第1項第1号ア中「死亡証明書」を「死亡証明書（死体検案書）」に改める。

様式第2号を次のように改める。

様式第 2 号 (第 4 条関係)

生保記入欄	
自治体コード	加入番号

申込者(被保険者)告知書

(心身障害者扶養保険共済制度)

・「重要事項のご説明」の内容(個人情報)の取扱いを含む。)を確認・承知し、心身障害者扶養共済制度における保険契約の被保険者となることに同意のうえ、署名・押印しました。
 ・下記の事項は事実に相違ありません。

都道府県・指定都市記載欄		
①	②	③
一口目加入	二口目加入	1と2の同時加入

知事(市長)様

告知日	年	月	日	*告知書有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内		
フリガナ				性別	生年月日	
申込者氏名	(姓)	(名)	印	① 男	③ 昭和	年 月 日
				② 女	④ 平成	

申込者の告知

最近の健康状態	①最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術をすすめられたことがありますか。 * はい の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ																	
過去5年以内の健康状態	②過去5年以内に、病气やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 * はい の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ																	
	③過去5年以内に下記の病气で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 ある場合は、右の はい および下記病名を○で囲んだうえ、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ																	
	<table border="1"> <tr><td>心臓・血圧</td><td>狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症(※)</td></tr> <tr><td>脳・精神・神経</td><td>脳卒中(脳出血・脳こうそく・も膜下出血)・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症</td></tr> <tr><td>肺・気管支</td><td>ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核</td></tr> <tr><td>腎・泌尿器</td><td>腎炎・ネフローゼ・腎不全</td></tr> <tr><td>食道・胃腸・すい臓</td><td>胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎</td></tr> <tr><td>眼・耳・鼻</td><td>緑内障・網膜の病气・角膜の病气</td></tr> <tr><td>肝臓・胆のう</td><td>肝炎(肝炎ウィルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害</td></tr> <tr><td>がん・しゅよう</td><td>がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ</td></tr> <tr><td>その他</td><td>糖尿病(※)・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症</td></tr> </table>	心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症(※)	脳・精神・神経	脳卒中(脳出血・脳こうそく・も膜下出血)・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症	肺・気管支	ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核	腎・泌尿器	腎炎・ネフローゼ・腎不全	食道・胃腸・すい臓	胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎	眼・耳・鼻	緑内障・網膜の病气・角膜の病气	肝臓・胆のう	肝炎(肝炎ウィルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害	がん・しゅよう	がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ	その他	糖尿病(※)・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症	はい
心臓・血圧	狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症(※)																			
脳・精神・神経	脳卒中(脳出血・脳こうそく・も膜下出血)・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症																			
肺・気管支	ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核																			
腎・泌尿器	腎炎・ネフローゼ・腎不全																			
食道・胃腸・すい臓	胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎																			
眼・耳・鼻	緑内障・網膜の病气・角膜の病气																			
肝臓・胆のう	肝炎(肝炎ウィルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害																			
がん・しゅよう	がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ																			
その他	糖尿病(※)・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症																			
	④過去5年以内に、上記③以外の病气やけがで2週間以上にわたり、医師の診断・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 * はい の場合、下記【詳細記入欄】に記入してください。	はい	いいえ																	
身体障害	⑤現在身体に障害はありますか。 はい の場合は、該当するところを○で囲んだうえ、「障害の原因・部位・程度等」欄に詳細を記入してください。	はい	いいえ																	
	<table border="1"> <tr><td>機能障害</td><td>目・耳・言語・そしゃく</td><td rowspan="3">障害の原因・部位・程度等</td></tr> <tr><td> </td><td>手・足・手指・背骨(脊柱)</td></tr> <tr><td>欠損</td><td>手・足・手指・背骨(脊柱)</td></tr> <tr><td>変形</td><td>手・足・手指・背骨(脊柱)</td></tr> </table>	機能障害	目・耳・言語・そしゃく	障害の原因・部位・程度等		手・足・手指・背骨(脊柱)	欠損	手・足・手指・背骨(脊柱)	変形	手・足・手指・背骨(脊柱)										
機能障害	目・耳・言語・そしゃく	障害の原因・部位・程度等																		
	手・足・手指・背骨(脊柱)																			
欠損	手・足・手指・背骨(脊柱)																			
変形	手・足・手指・背骨(脊柱)																			

【詳細記入欄】上記①～④に**はい**があった場合は、その内容についてそれぞれ詳細を記入してください。
 その内容が「高血圧症(※)」・「糖尿病(※)」の場合は、数値等も記入してください。
 なお、記入欄が不足する場合は、告知書を複数枚使用してください。

		①	②	③	④	①	②	③	④
病气やけがの名前・検査名・検査結果									
診察・検査・治療・投薬を受けた期間	年 月 から 年 月					年 月 から 年 月			
入院の有無・期間	(無)・(有) (年 月 から 年 月)					(無)・(有) (年 月 から 年 月)			
手術の有無(手術の名前、または内容・部位)	(無)・(有) ()					(無)・(有) ()			
症状経過	完治・治療中・検査中・検査終了(異常なし)・経過観察中					完治・治療中・検査中・検査終了(異常なし)・経過観察中			
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名									
	(※)[高血圧症の場合は記入してください。]					(※)[糖尿病の場合は記入してください。]			
	最近の血圧 最大 mmHg					最近の空腹時血糖値 mg/dl			
						治療方法()			

心身障害者

フリガナ		性別	生年月日				
心身障害者氏名	(姓)	(名)	① 男	① 明治	② 大正	年 月 日	
			② 女	③ 昭和	④ 平成		
障害の種類・程度	① 知的障害	① A	② B	申込者の心身障害者との続柄		① 配偶者	② 父母
	② 身体障害	① 1級	② 2級	③ 3級	③ 兄弟姉妹	④ その他親族	
	③ 精神障害	① 1級	② 2級	申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由			
	④ その他	① その他					

生保記入欄

様式第7号の添付書類の1の(1)中「死亡証明書」を「死亡証明書（死体検案書）（様式第8号）」に改め、同様式の添付書類の2の(1)中「障害診断書」の次に「（様式第9号）」を加える。

様式第8号中「死亡証明書」を「死亡証明書（死体検案書）」に改める。

様式第9号を次のように改める。

様式第 9 号 (第 6 条関係)

(表面)

障 害 診 断 書

1 氏 名	男・女	2 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
3 障害の種類	1 両眼の視力を全く永久に失ったもの	8 受 傷 (発 病) 日	年 月 日	
	2 言語の機能を全く永久に失ったもの		醫師推定・患者申告	
	3 そしゃくの機能を全く永久に失ったもの	9 初 診 日	年 月 日	
	4 両上肢を手関節以上で失ったもの		年 月 日	
5 両下肢を足関節以上で失ったもの	10 入 院 日	年 月 日		
6 1上肢を手関節以上で失いかつ、 1下肢を足関節以上で失ったもの		年 月 日		
7 両上肢の用を全く永久に失ったもの	11 退 院 日 現在入院中	年 月 日		
8 両下肢の用を全く永久に失ったもの		年 月 日		
9 10手指を失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの	12 終 診 日	年 月 日		
10 両耳の聴力を全く永久に失ったもの		年 月 日		
4 傷 病 名	醫師推定 患者申告		年 月 日	
5 4 の 原 因	現在治療中(当院・他院)		年 月 日	
6 障害の部位	現在治療中(当院・他院)		年 月 日	
7 今 回 の 受 傷 以 前 に あ っ た 身 体 障 害	有 無	13 前 医	有 無	→住所・氏名
14 今回の受傷(発病)から初診までの経過、初診時の主訴・所見及びその後の経過、障害状態の詳細				
治療内容				
手術名				
手術日 年 月 日				
15 視力障害	裸眼視力・矯正視力		矯正不能・不適の場合は	
右 眼	()	()	その理由 ()	
左 眼	()	()	検査(計測)日 年 月 日	
16 聴力障害	該当する項目に○印をつけてください。	周波数	17 (下記A～Cのうち該当する項目に○印をしてください。)	
	a 聴力レベル b 聴力損失	500Hz 1000Hz 2000Hz 右 () dB () dB () dB 左 () dB () dB () dB	機 能 損 害 機 能 損 害 機 能 損 害	A 通常の飲食物が食べられる。 B かゆ食またはこれに準ずる程度の飲食物であれば食べられる。 C 流動食しか摂取できない。 検査(計測)日 年 月 日
18 言語機能の障害	(該当する項目に○印をしてください)		(原因)	
(程 度)	A 言語機能のそう失(音声語による意思の疎通が全くできない。)		a こう頭てき出(1 全部 2 一部)	
A	B 言語機能の著しい障害(身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意志の疎通が困難である。)		b 中枢性失語症	
B	C 言語機能の障害(簡単な単語の発語により意志の疎通がかるうじて可能。)		c 構音障害(1 口唇音 2 歯舌音 3 口蓋音 4 こう頭音)	
C	D その他		※全不能な場合には○印をお願いします	
D			d その他() 検査(計測)日 年 月 日	

お 願 い

4 3 2 1

訂正の場合、訂正印を必ず押印願います。

○印はいずれかに○印をお願いします。

15～20項については、障害のある場合に記載して下さい。

関節の運動範囲については、自動運動範囲をご記入願います。

(裏面)

19 運動麻痺・欠損・短縮

四肢、手指、足指の切断の場合は、切断箇所にはっきりと線を入れてください。
四肢の完全運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示してください。
下肢短縮の場合は、その程度[cm]を記入してください。

検査(計測)日 年 月 日

20 手指・足指の運動障害(自動運動範囲)	右	手指・足指	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	※ (-)については、記入の必要はありません。 母指については、指節間関節とします。
	左	手指・足指	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	
			遠位指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()				
			近位指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()				
			中手指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()				

21 四肢関節の運動障害(自動運動範囲)	運動の種類・範囲		MMT(※)	伸展度～屈曲度	内転度～外転度	内旋度～外旋度
	肩 関節	右		～	～	～
		左		～	～	～
	肘 関節	右		～	～	～
		左		～	～	～
	手 関節	右		～	～	～
		左		～	～	～
	股 関節	右		～	～	～
左			～	～	～	
膝 関節	右		～	～	～	
	左		～	～	～	
足 関節	右		～	～	～	
	左		～	～	～	

※MMT (徒手筋力テスト) 欄には、結果を 0～5 の数値にてご記入ください。

22 回復の可能性と症状の固定についての意見

上記の障害状態を診断された日	年 月 日
症状の固定時期	年 月 日 頃

上記のとおり診断します。 年 月 日

所在地
病院又は診療所等の 名称
医師氏名

(印)

様式第24号を次のように改める。

様式第 24 号 (第 11 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	明 大 昭 平 年 月 日
	住 所			
	現 況	年金管理者の有無		
		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		
島根県心身障害者扶養共済制度条例第 17 条の規定により、上記のとおりお届けします。 年 月 日 (年金受給権者又は年金管理者) 氏 名 ㊟ 島根県知事 様				

(記入上の注意) 「現況」欄は、年金受給権者、年金管理者が記入しがたい場合は、市町村、福祉事務所等が記入してさしつかえありません。

(添付書類) 年金受給権者が島根県外にお住まいの場合は、戸籍の抄本又は住民票の写しを添付してください。

附 則

この規則は、平成21年 4 月 1 日から施行する。

人 事 委 員 会 規 則

職員の給与の支給に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成21年 3 月 31 日

島根県人事委員会委員長 中 村 寿 夫

島根県人事委員会規則第11号

職員の給与の支給に関する規則の一部を改正する規則

職員の給与の支給に関する規則（昭和27年島根県人事委員会規則第1号）の一部を次のように改正する。

別表第3の2の6の表中

「

6 級	5 種	52,000円	を
-----	-----	---------	---

」

「

6 級	5 種	52,000円	に改める。
	6 種	43,300円	

」

別表第3の3の6の表中

「

6 級	5 種	39,900円	を
-----	-----	---------	---

」

「

6 級	5 種	39,900円	に改める。
	6 種	33,300円	

」

附 則

この規則は、平成21年 4 月 1 日から施行する。