



島根県報

平成22年2月26日（金）

号外第30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

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5号）

1 規則の概要

保険法の施行に伴う規定及び様式の整備（第4条・第6条・様式第1号・様式第2号・様式第5号の2・様式第5号の3関係）

2 施行期日

平成22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22年2月26日

島根県知事 溝 口 善兵衛

島根県規則第5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4条第1項第2号及び第2項中「申込者告知書」を「申込者（被保険者）告知書」に改める。

第6条第2項中「及び」の次に「加入等申込書（様式第1号）に記載されている心身障害者を年金受給権者とした」を加え、「に決定した」を「を決定した」に改める。

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

様式第 1 号 (第 4 条関係)

加 入 等 申 込 書

年 月 日

島根県知事

様

(加入申込者)

氏 名

印

島根県心身障害者扶養共済制度条例第 5 条第 1 項又は第 5 条の 2 第 2 項の規定により、

島根県心身障害者扶養共済制度 に 加 入
における口数追加を したいので、関係書類を添えて申し込みます。

加入等申込者	(ふりがな) 氏 名	男	生年月日	明大昭平	年 月 日
	住 所	女	心身障害者 との続柄		
心身障害者	(ふりがな) 氏 名	男	生年月日	明大昭平	年 月 日
	口数追加	する ・ しない			
	現在共済制度に加入の有無	有(加入番号) ・ 無			

	従前の 地方公共団体名	加入番号	加入年月日(口数追加)
他制度からの 転入者の記載欄			年 月 日(年 月 日)
			年 月 日(年 月 日)

備考

- 1 本共済制度においては、心身障害者を事後的に変更できないものとします。
- 2 記名押印に代えて署名することができます。

添付書類

- 1 加入等申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
- 2 申込者(被保険者)告知書
- 3 障害の種類及び程度を証明する書類
- 4 年金管理者指定届書

(注) 口数追加のみの申込みの場合には、2の書類だけを添付してください。

確認印	
「重要事項のご説明」の内容を確認し、受領しました。 また、この共済制度が加入目的に合致していることも確認しています。	印

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

(心身障害者扶養共済制度)

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

- ・「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。
- ・下記の事項は事実と相違ありません。

知事(市長)殿

告知日(記入日)	平成 年 月 日	*告知書有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内
----------	----------	-----------------------

申込(加入)にあたって	申込者は、以下の事項について心身障害者に対して説明し、この制度に加入することの同意を得ました。 ・申込者が死亡し、または重度障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保険金」が支払われること ・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「弔慰金給付保険金」が支払われること	印 ← 心身障害者の同意を得た後に押印してください。
-------------	---	----------------------------

フリガナ	(姓) (名)	性別	生年月日
申込者氏名	(姓) (名)	① 男 ② 女 ③ 昭和 ④ 平成	年 月 日

フリガナ	(姓) (名)	性別	生年月日
心身障害者氏名	(姓) (名)	① 男 ② 女 ① 明治 ② 大正 ③ 昭和 ④ 平成	年 月 日

障害の種類・程度	① 身体障害 ① 1級 ② 2級 ③ 3級	申込者の心身障害者との続柄	① 配偶者 ② 父母
	② 知的障害 ① A ② B		③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族
障害の種類・程度	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		

申込者の告知(心身障害者にかかる告知ではありません)

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)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
	心臓・血管 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(※1)		
	脳・精神・神経 脳卒中(脳出血・脳こうそく・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・角膜炎の病气			
肝臓・胆のう 肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・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(※2)・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、医師の診察・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

【詳細記入欄】

上記①～④に(はい)があった場合には、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(※1)」・「糖尿病(※2)」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。

(はい)をつけた該当番号	①・②・③・④	①・②・③・④
病气やけがの名前・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		
	(※1) [高血圧症の場合は記入してください] 最近の血圧 最大 mmHg 最小 mmHg	(※2) [糖尿病の場合は記入してください] 最近の空腹時血糖値 mg/dl 治療方法 ()

生保記入欄	
-------	--

様式第5号の2及び様式第5号の3を次のように改める。

様式第 5 号の 2 (第 4 条関係)

(表面)

加入番号	
------	--

島根県心身障害者扶養共済制度加入証書

加 入 者
氏 名

あなたは、島根県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、心身障害者扶養共済制度に加入していることを証します。

年 月 日

島根県知事



加 入 者	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
心身障害者	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
加 入 日 (加入等の効力発生の日)		年 月 1 日
掛 金 払 込 期 間		年 月 日～ 年 月 日

(裏面)

- 1 この加入証書は、大切に保管してください。もし、この証書を破ったり、汚したり、又はなくしたときは新しい証書を渡しますから申請してください。
- 2 掛金は、毎月期限までに必ず納付してください。もし、掛金を 2 か月以上滞納しますと、脱退として取り扱いますからご承知ください。
- 3 加入者が死亡したり、重度障害となったときは、その月の分から心身障害者の生存中毎月所定の年金を支給します。
- 4 加入者がこの制度加入の際提出した書類に不実の記載があった場合、又は加入者の死亡若しくは重度障害が加入者や心身障害者の故意若しくは重大な過失によるものである場合は、年金が支給されないこともありますのでご承知ください。
- 5 心身障害者が加入者より早く、又は同時に死亡したときには、加入者に対して所定の弔慰金を支給します。
- 6 加入者がこの制度から脱退したときは、加入者に対して所定の脱退一時金を支給します。
- 7 加入者が 20 年以上継続してこの制度に加入し、かつ、65 歳になってから最初に到来する加入月の応当月以降は、掛金を納める必要がありません。
- 8 掛金や年金の額について、条例の改正があったときは、改正後の条例の規定を適用するものとします。
- 9 次の場合は、速やかにお届けください。
 - (1) 加入者、心身障害者、年金管理者が氏名や住所を変更したとき
 - (2) 心身障害者、年金管理者が死亡したとき
 - (3) 年金管理者を指定したり、変更したとき
 - (4) 掛金が納められなくなったとき など
- 10 その他、この制度の内容については、お申込みの際にご確認いただいた「心身障害者扶養共済制度（重要事項のご説明）」をご確認ください。
- 11 その他、この制度についてのお尋ねは、市町村福祉事務所又は県健康福祉部障害者福祉課にお問い合わせください。

様式第 5 号の 3 (第 4 条関係)

(表面)

加入番号	
------	--

島根県心身障害者扶養共済制度口数追加証書

加 入 者
氏 名

あなたは、島根県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、心身障害者扶養共済制度の口数が追加されていることを証します。

年 月 日

島根県知事



加 入 者	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
心身障害者	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
加 入 日 (加入等の効力発生の日)		年 月 1 日
掛 金 払 込 期 間		年 月 日～ 年 月 日

(裏面)

- 1 この証書は、大切に保管してください。もし、この証書を破ったり、汚したり、又はなくしたときは新しい証書を渡しますから申請してください。
- 2 掛金は、毎月期限までに必ず納付してください。もし、掛金を 2 か月以上滞納しますと、脱退として取り扱いますからご承知ください。
- 3 加入者が死亡したり、重度障害となったときは、その月の分から心身障害者の生存中毎月所定の年金を支給します。
- 4 加入者が口数追加の際提出した書類に不実の記載があった場合、又は加入者の死亡若しくは重度障害が加入者や心身障害者の故意若しくは重大な過失によるものである場合は、年金が支給されないこともありますのでご承知ください。
- 5 心身障害者が加入者より早く、又は同時に死亡したときには、加入者に対して所定の弔慰金を支給します。
- 6 加入者がこの制度から脱退したときには、加入者に対して所定の脱退一時金を支給します。
- 7 口数追加が 20 年以上継続し、かつ、65 歳になってから最初に到来する加入月の応当月以降は、掛金を納める必要はありません。
- 8 掛金や年金の額について、条例の改正があったときは、改正後の条例の規定を適用するものとします。
- 9 次の場合は、速やかにお届けください。
 - (1) 加入者、心身障害者、年金管理者が氏名や住所を変更したとき
 - (2) 心身障害者、年金管理者が死亡したとき
 - (3) 年金管理者を指定したり、変更したとき
 - (4) 掛金が納められなくなったとき など
- 10 その他、この制度の内容については、お申込みの際にご確認いただいた「心身障害者扶養共済制度（重要事項のご説明）」をご確認ください。
- 11 その他、この制度についてのお尋ねは、市町村福祉事務所又は県健康福祉部障害者福祉課にお問い合わせください。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成22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後の島根県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（以下「新規則」という。）様式第 1 号及び様式第 2 号は、この規則の施行の日前においても使用することができる。
- 3 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の島根県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の規定により交付された島根県心身障害者扶養共済制度加入証書及び島根県心身障害者扶養共済制度口数追加証書（以下「加入証書等」という。）は、新規則の規定による加入証書等とみなす。