

岐阜県公報

目 次

岐阜県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則	(障害福祉課)	一
岐阜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	(同)	二
岐阜県立希望が丘学園使用料徴収条例施行規則の一部を改正する規則	(同)	五

号外 (六) 平成二十年 四月 一日

規 則

岐阜県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

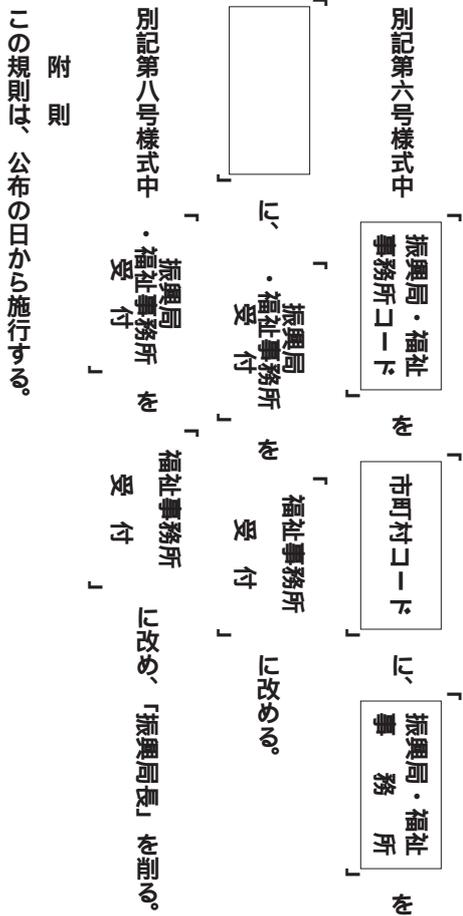
平成二十年四月一日

岐阜県知事 古 田 肇

岐阜県規則第二十九号

岐阜県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

岐阜県身体障害者福祉法施行細則(平成五年岐阜県規則第九十号)の一部を次のように改正する。



附 則

岐阜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。

平成二十年四月一日

岐阜県知事 古 田 肇

岐阜県規則第三十号

岐阜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

岐阜県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（昭和四十五年岐阜県規則第四十三号）の一部を次のように改正する。

別記第二号様式を次のように改める。

第2号様式 (第4条関係)

(表)

申込者(被保険者)告知書の記入要項

この告知書は必ず申込者自身で記入してください。

(※を付した箇所には、申込者は記入しないでください。)

申込者がこの告知書を作成した日を記入してください。

「告知事項1~5」のすべてに対し「はい」または「いいえ」のいずれか該当する方を○でかこんでください。

訂正箇所には必ず訂正印を押してください。

心身障害者について、該当する項目の番号を○でかこんでください。
※障害の種類①、②の場合は障害の程度も○でかこんでください。

必ず押印してください。

左の質問事項の該当番号に○をしてください。

「はい」と答えた方は病名症状等(二つ以上ある方はそのすべて)を、病気ごとにごできるだけ詳しく記入してください。

配偶者・父母以外の申込の場合
①配偶者・父母の有無
②有の場合は、その人が加入者とならない理由を記入してください。

申込者(被保険者)告知書

〇〇県知事(市長)殿

下記の事項は事実に相違ありません

次の各項目についておたずねします。
各項目中の質問につき、1つ以上「はい」となる場合は はい に、すべて「いいえ」となる場合は いいえ に○をしてください。

5 自由体コード	7 加入番号				
90 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		

告知日 ▶ 平成 11 年 4 月 2 日

フリガナ 13 ヤマモト タロウ 性別 13 男 生年月日 20 昭和 33 年 10 月 18 日
 申込者氏名 山本 太郎 性 2 女 4 平成

申込者の告知

最近の健康状態 (1) 最近3ヵ月以内に、医師の診察・検査・治療を受けたことがあります。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。 (いいえ)

過去5年以内の健康状態 (1) 過去5年以内に、病気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。 (いいえ)

過去5年以内に、下記の病気で医師の診察・検査・治療を受けたことがあります。 (いいえ)

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・ノイローゼ・ぜんそく・慢性気管支炎・気管支拡張症・肺炎・肺結核・胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・十二指腸炎・肝炎・肝硬変・肝機能障害・胆石・胆のう炎・腎炎・ネフローゼ・腎不全・腎のう腫・腎臓結石・尿管結石・白内障・緑内障・網膜の病気・角膜炎・がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ・糖尿病・リウマチ・こうげん病・貧血症・薬疹病・甲状腺の病気・椎間板ヘルニア

「はい」をつけた該当番号 (1) 2 3 4) 病気やけがの名前・検査結果
 高血圧 (1) 2 3 4) 病気やけがの名前・検査結果
 胃かいよう

診察・検査・治療・投薬を受けた年月、期間
 11 年 2 月 から 現在投薬中
 6 年 10 月 から 治療
 7 年 3 月 まで

入院の有無 あり なし
 入院期間 年 月 から 年 月 まで
 手術の有無 あり なし
 手術の名前または部位・受傷の部位
 胃一部摘除

症状経過 完治 治療中
 入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた病院・診療所名
 関口病院 石川県立総合病院

最近の血圧値 最大 165 mmHg 最小 100 mmHg
 最近の空腹時血糖値 mg/dl 治療方法

4. 過去5年以内に、上記3以外の病気やけがで2週間以上わたり、医師の診察・検査・治療を受けたことがありますか。 (いいえ)

5. 右に示した障害はありますか。(はいの場合は該当するところを○でかこみ、その原因・部位・程度等具体的に記入してください。)

心身障害者

フリガナ 46 ヤマモト ハナコ 性別 46 1 男 20 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成	心身障害者氏名 山本 花子	生年月日 20 昭和 40 年 6 月 8 日
20 1 身体障害 2 2以外の精神障害 3 2以外の精神障害 4 その他	20 1 知的障害 2 2以外の精神障害 3 2以外の精神障害 4 その他	20 1 配偶者 2 父母 3 兄弟姉妹 4 その他の親族
21 (身体障害) 1 (1級) 2 (2級) 3 (3級)	21 (知的障害) 1 (A) 2 (B)	21 申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由
22 (精神障害) 1 (1級) 2 (2級)		

※ 処理欄

中生保記入欄

★健康状態によっては、加入をおことわりする場合があります。

★健康状態について、事実を記入されなかったり、事実でないことを記入された場合は年金が支払われないことがありますので、ありのままを記入してください。

(裏)

5自治体 コード	7 加入 番号	12

※

90 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

申込者(被保険者)告知書

知事(市長)殿

下記の事項は事実と相違ありません

次の各項目についておたずねします。

各項目中の質問につき、1つ以上「はい」となる場合は「はい」に、すべて「いいえ」となる場合は「いいえ」に○をしてください

●太枠線内は、お申込者ご自身がご記入ください。
●記入に際しては、必ず裏面の記入要領を、ご覧ください。

申込者の告知欄について、事実を記入されなかったり、事実でないことを記入された場合は年金が支払われなことがありますので、ご注意ください。

告知日		平成		年	月	日	性別		生 年 月 日		
フリガナ		13		29		13		14		15	
申込者氏名		(姓) 00		(名) 47		① 男		③ 昭和		20	
						② 女		④ 平成		年 月 日	
申 込 者 の 告 知											
最近の健康状態				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
1.最近3ヵ月以内に、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」をつけた該当番号 (① ② ③ ④)				「はい」をつけた該当番号 (① ② ③ ④)			
過去5年以内の健康状態				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
2.過去5年以内に、病気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。				病気やけがの名前・検査結果				病気やけがの名前・検査結果			
3.過去5年以内に、下記の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。				診察・検査・治療・投薬を受けた年月、期間				診察・検査・治療・投薬を受けた年月、期間			
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・ノイローゼ・てんかん・自律神経失調症・アルコール中毒・ぜんそく・慢性気管支炎・気管支拡張症・肺炎腫・肺結核・胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい臓炎・肝炎・肝硬変・肝機能障害・胆石・胆のう炎・腎炎・ネフローゼ・腎不全・腎のう胞・腎臓結石・尿管結石・白内障・緑内障・網膜の病気・角膜の病気・がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ・糖尿病・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・甲状腺の病気・椎間板ヘルニア				入院の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				入院の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
				入院期間 年 月 から 年 月 まで				入院期間 年 月 から 年 月 まで			
				手術の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				手術の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
				手術の名前または部位・受傷の部位				手術の名前または部位・受傷の部位			
				症状経過 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中				症状経過 <input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 治療中			
				入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた病院・診療所名				入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた病院・診療所名			
4.過去5年以内に、上記3以外の病気やけがで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。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
身体 の 障 害				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
5.右に示した障害はありますか。 (はいの場合は該当するところを○でかこみ、その原因・部位・程度等具体的に記入してください。)				目・耳・言語・そしゃくの機能障害				(はいの場合、その原因・部位・程度等			
				手足・手指・背骨の欠損・変形(脊柱)の機能障害							
心 身 障 害 者											
フリガナ		48		64		性別		生 年 月 日		28	
心身障害者氏名		(姓) 66		(名) 82		① 男		22 ①明治 ②大正		23	
						② 女		③昭和 ④平成		年 月 日	
障害の種類		30 ① 身体障害		② 知的障害		申込者の心身障害者との続柄		29 ① 配偶者		② 父母	
		③ 2以外の精神障害		④ その他				③ 兄弟姉妹		④ その他の親族	
障害の程度		31 (身体障害) ①(1級) ②(2級) ③(3級)				申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由					
		31 (知的障害) ①(A) ②(B)									
		31 (精神障害) ①(1級) ②(2級)									
※ 処理欄											

※生保記入欄

(H19.4.15.000)

別記第二十七号様式中「養護学校」を「特別支援学校」に、「特殊学級」を「特別支援学級」に改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

岐阜県立希望が丘学園使用料徴収条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十年四月一日

岐阜県知事 古 田 肇

岐阜県規則第三十一号

岐阜県立希望が丘学園使用料徴収条例施行規則の一部を改正する規則

岐阜県立希望が丘学園使用料徴収条例施行規則（平成三年岐阜県規則第六十三号）の一部を次のように改正する。

別表一の項中「平成十八年厚生労働省告示第九十二号」を「平成二十年厚生労働省告示第五十九号」に改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

平成二十年四月一日印刷
平成二十年四月一日発行

発行者
発行所

岐阜市藪田南二丁目一番一号
岐阜県庁

印刷者
印刷所
定価
一か年
四八、〇〇〇円(送料共(消費税二、二八六円を含む))
岐阜市三輪ふりとびあ十三一
岐阜市三輪ふりとびあ十三一
岐阜県尾文芸社