

岐 阜 県 公 報

号 外 (七) 平 成 二 十 二 年 四 月 一 日

目 次

規 則

規 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	(障 害 福 祉 課)	一
岐阜県心身障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則	(同)	八
岐阜県自立支援医療に関する規則の一部を改正する規則	(同)	九

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。

平成二十二年四月一日

岐阜県知事 古 田 肇

岐阜県規則第五十二号

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。

第四条第一項第二号及び第二項中「申込者告知書」を「申込者(被保険者)告知書」に改める。

別記第一号様式及び別記第二号様式を次のように改める。

岐 阜 県 公 報 号 外 毎 週 (火 曜 日) 発 行 (休 日 に 当 た る)

平 成 二 十 二 年 四 月 一 日

第 1 号様式 (第 4 条関係)

加 入 等 申 込 書

年 月 日

岐阜県知事様

(加入申込者)

氏名

岐阜県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、岐阜県心身障害者扶養共済制度に加入したいの
 でお、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 女	生 年 月 日	明 大 昭 平	年 月 日
	住 所		心身障害者との続柄		
	心身障害者の氏名	男 女	生 年 月 日	明 大 昭 平	年 月 日
口 数 の 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)

(注) 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。

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。	

第 2 号様式 (第 4 条関係)

(表面)

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

知事 (市長) 殿

- ・「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。

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				<input type="checkbox"/> ← 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					① 男 ③ 昭和 ② 女 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					① 男 ① 明治 ② 大正 ② 女 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 ③ 兄弟姉妹 ④ その他の親族
	② 知的障害	① A	② B		申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由	
	③ 精神障害	① 1 級	② 2 級			
	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																			
	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。 * (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。 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																			
	<table border="1"> <tr><td>心臓・血管</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 (※ 1)</td></tr> <tr><td>脳・精神・神経</td><td>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</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・網膜の病気・角膜炎の病気</td></tr> <tr><td>肝臓・胆のう</td><td>肝炎 (肝炎ウイルス感染を含む)・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 (※ 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</td></tr> </table>	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・網膜の病気・角膜炎の病気	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	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・網膜の病気・角膜炎の病気																					
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。 * (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>発症時期</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td>(手)・(足)・(手指)・(背骨 (脊柱))</td> <td>障害の原因</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>欠損</td> <td>(手)・(足)・(手指)・(背骨 (脊柱))</td> <td>部位・程度等</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>変形</td> <td>(手)・(足)・(手指)・(背骨 (脊柱))</td> <td>障害の部位</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td>障害程度</td> <td> </td> </tr> </table>	機能障害	(目)・(耳)・(言語)・(そしゃく)	発症時期			(手)・(足)・(手指)・(背骨 (脊柱))	障害の原因		欠損	(手)・(足)・(手指)・(背骨 (脊柱))	部位・程度等		変形	(手)・(足)・(手指)・(背骨 (脊柱))	障害の部位				障害程度		はい
機能障害	(目)・(耳)・(言語)・(そしゃく)	発症時期																				
	(手)・(足)・(手指)・(背骨 (脊柱))	障害の原因																				
欠損	(手)・(足)・(手指)・(背骨 (脊柱))	部位・程度等																				
変形	(手)・(足)・(手指)・(背骨 (脊柱))	障害の部位																				
		障害程度																				

(詳細記入欄) ←
 上記 ① ~ ④ に (はい) があつた場合には、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
病気やけがの名前・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

(裏面)

◆申込者(被保険者)告知書のご記入の際にご留意いただきたい事項◆

- 下記の記入例をご参照のうえ、油性の黒ボールペンにて楷書で申込者様ご自身が記入してください。
- 記入箇所を訂正される場合には、訂正箇所を二重線で消したうえ、申込者様の訂正印（申込者欄に押印されたご印鑑）を必ず押印してください。
- 健康状態によっては、加入をお断りする場合があります。
- 万一、故意または、重大な過失によって事実を告知されなかったり、事実と違うことを告知された場合には、ご契約が解除されたり、または、無効となり、年金等をお支払いできないことがあります。
- 様式は、コピー（カラー含む）して使用することができません。必ず、配布されたものをご使用ください。

記入例

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。

生保記入欄 告知コード 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)	告知日欄 ① 一口併入 ② 二口併入 ③ 一口と二口の併入
〇〇〇 知事(市長)殿	告知日(記入日) 平成 22 年 4 月 19 日	告知日 告知書を記入した年月日を記入してください。なお、告知日は加入希望月の2ヶ月以内であることが必要です。
申込(加入)にあたって ・申込者が死亡し、または重症障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保証書」が交付されます。 ・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「申付金給付保証書」が交付されます。	告知事項の有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内 申込者は、以下の事項について心身障害者として告知し、この制度加入することの同意をされました。 ・申込者が死亡し、または重症障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保証書」が交付されます。 ・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「申付金給付保証書」が交付されます。	◆告知日 告知書を記入した年月日を記入してください。なお、告知日は加入希望月の2ヶ月以内であることが必要です。
フリガタ ヤマ モト タ ロウ 申込者氏名 (姓) 山 本 (名) 大 郎 (印)	性別 ① 男 ② 女 生年月日 40 年 1 月 7 日	◆申込(加入)にあたって 心身障害者の同意を得た後に押印してください。
フリガタ ヤマ モト ハナ コ 心身障害者氏名 (姓) 山 本 (名) 花 子	性別 ① 男 ② 女 生年月日 43 年 6 月 8 日	◆申込者氏名・性別・生年月日 ・申込者様のご署名、記入して下さい。 ・性別・年号はいずれかに○をしてください。
障害の種類 ① 身体障害 ② 知的障害 ③ 精神障害 ④ その他 程度 ① 1級 ② 2級 ③ 3級 ④ その他	申込者の職業、配偶者、同居の親族 配偶者なし、父、母、兄弟姉妹、養子、養親、養父母、養兄弟姉妹、養孫、養祖母、養祖父	◆心身障害者について 心身障害者のことについて記入してください。 ◆障害種類・程度について 心身障害者について、該当する障害の種類・程度の項目の番号を○で囲んでください。 ◆配偶者・父母以外の申込みの場合 ・配偶者・父母の有無。 ・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。
最近の健康状態 ①過去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。 ②過去5年以内に、病気が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。	申込者の告知(心身障害者にかかる告知ではありません) ①過去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。 ②過去5年以内に、病気が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。	◆①について 医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。 ◆②について 医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。
過去5年以内の健康状態 ①過去5年以内に、下記の病名で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 ②過去5年以内に、上記①以外の病気がけがで2週間以上をわたり、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。	①過去5年以内に、下記の病名で医師の診察・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。 ②過去5年以内に、上記①以外の病気がけがで2週間以上をわたり、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。	◆③について 表の病気に関係しては、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。 ◆④について 医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。
身体障害 機能障害 (目・耳・鼻・舌・歯) (手足) (背骨) (その他)	発症時期 平成5年 障害の原因 交通事故 部位、程度等 左半身麻痺 障害程度 左腕	◆①について 医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。 ◆②について 医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。
①(はい)をつけた該当番号 病名やけがの名前・検査結果 診断・検査・治療・投薬を受けた期間 入院の有無・期間 手術の有無(手術の名前、または内容・部位) 症状経過 入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名	①(はい)をつけた該当番号 病名やけがの名前・検査結果 診断・検査・治療・投薬を受けた期間 入院の有無・期間 手術の有無(手術の名前、または内容・部位) 症状経過 入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名	◆③について 表の病気に関係しては、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。 ◆④について 医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。

- ◆【詳細記入欄】について
告知事項①～④で「はい」に該当する場合必ず詳細事項を記入してください。
- ◆「病名やけがの名前・検査名・検査結果」、「手術の名前、または部位・受傷の部位」について
医師からお聞きになっている名称・内容を記入してください(正確にわからない場合はわかる範囲で記入してください)。
- ◆「診察・検査・治療・投薬を受けた期間」について
治療中の場合は、開始年月日のみ記入してください。
- ◆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

- 【告知の必要のない傷病等について】
- ◆医師による治療として処方されたものではなく健康増進のための市販のビタミン剤服用
- ◆医師に処方されていない市販の薬の服用 ◆医師の治療を受けていない疾病
- ◆歯科医師による虫歯の治療 ◆完治したかぜ ◆正常分娩 ◆おたふくかぜ ◆水ぼうそう
- ◆手術により完治した虫垂炎 ◆円形脱毛症 ◆花粉症 ◆水虫 ◆色覚異常

- ◆告知日
告知書を記入した年月日を記入してください。なお、告知日は加入希望月の2ヶ月以内であることが必要です。
- ◆申込(加入)にあたって
心身障害者の同意を得た後に押印してください。
- ◆申込者氏名・性別・生年月日
・申込者様のご署名、記入して下さい。
・性別・年号はいずれかに○をしてください。
- ◆心身障害者について
心身障害者のことについて記入してください。
- ◆障害種類・程度について
心身障害者について、該当する障害の種類・程度の項目の番号を○で囲んでください。
- ◆配偶者・父母以外の申込みの場合
・配偶者・父母の有無。
・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。
- ◆①について
医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。
- ◆②について
医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。
- ◆③について
表の病気に関係しては、医師の診察・検査・治療・投薬のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。
- ◆④について
医師の診察・検査・治療(2週間以上)、投薬(2週間以上)のいずれかを1回でも受けたことがある場合は「はい」に○をしてください。

別記第六号様式及び別記第六号様式の二を次のように改める。

第 6 号様式 (第 4 条関係)
(表面)

加入番号

岐阜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、岐阜県心身障害者扶養共済制度条例 (昭和 45 年岐阜県条例第 9 号) 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

岐阜県知事 印

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
加入者	加入日 (加入等の効力発生の日)	年 月 日
	掛込払込期間	年 月 日

(裏面)

- 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、破つたり、よごしたり、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。
- 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。
- 加入者が死亡したり、重度障害となつたときは、その月から心身障害者の生存中毎月所定の年金を支給します。
- 加入者がこの制度に加入の際提出した書類に不実の記載があつた場合、あるいは加入者の死亡又は重度障害が加入者や心身障害者の故意又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。
- 心身障害者が加入者より早く、又は同時になくなつたときには、加入者に対して所定の弔慰金を支給します。
- 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。
- 加入者は、20 年以上継続して加入し、かつ、加入者が 65 歳になつてから最初に到来する加入月の応答月以後は、掛金を納める必要はありません。
- 掛金や年金の額について、条例の改正があつたときは、改正後の条例の規定を適用するものとします。
- 次の場合には、速やかにお届けください。
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。
心身障害者、年金管理者が死亡したとき。
年金管理者を指定したり、変更したとき。
掛金が納められなくなつたとき。
その他、掛金の納付又は年金若しくは弔慰金若しくは脱退一時金の給付に影響を及ぼす事実が生じたとき。
- 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。
- その他、この制度についてお尋ねのときは、住所地の市の福祉事務所若しくは市町村役場又は県障害福祉課にお問い合わせください。

第 6 号様式の 2 (第 4 条関係)

(表面)

加入番号

岐阜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、岐阜県心身障害者扶養共済制度条例(昭和 45 年岐阜県条例第 9 号)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

岐阜県知事



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 日
掛 込 払 込 期 間		年 月 日

(裏面)

- 1 この証書は、加入証書と一緒に大切に保管してください。もし、この証書を、破つたり、よごしたり、又はなくしたときは、新しい証書を渡す前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、重度障害となつたときは、その月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つた場合、あるいは加入者の死亡又は重度障害が加入者や心身障害者の故意又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、又は同時になくなつたときには、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、加入者が 65 歳になつてから最初に到来する加入月の応答月以後は、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、条例の改正があつたときは、改正後の条例の規定を適用するものとします。
- 9 次の場合には、速やかにお届けください。
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
心身障害者、年金管理者が死亡したとき
年金管理者を指定したり、変更したとき
掛金が納められなくなつたとき
- 10 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、この制度についてお尋ねのときは、住所地の市の福祉事務所若しくは市町村役場又は県障害福祉課にお問い合わせください。

附 則
この規則は、平成二十二年四月一日から施行する。

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。

平成二十二年四月一日

岐阜県知事 中 田 謙 雄

岐阜県健康福祉部

岐阜県身体障害者福祉法施行規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)の一部を次のとおり改正する。

改正箇所
原記載五訂條を中

注 7 「臨床症例の数」の欄には「有」を で囲んだ合計数を記載すること。

注 7 「臨床症例の数」の欄には「有」を で囲んだ合計数を記載すること。

肝臓の機能障害の状態及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

	検査日(第1回)		検査日(第2回)	
	年	月	日	検査日(第2回)
肝性脳症	なし	・	なし	・
腹水	なし	・	なし	・
	軽度	・	軽度	・
	中程度以上	・	中程度以上	・
	概ね	1	概ね	1

血清アルブミン値	g/dl		g/dl	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dl		mg/dl	

合計点数	点	点	点
------	---	---	---

3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	有	無	有	無
-------------------------------------------	---	---	---	---

注 1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注 2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

Child-Pugh 分類

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (・)	昏睡 (以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5/dl 超	2.8~3.5g/dl	2.8g/dl 未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dl 未満	2.0~3.0mg/dl	3.0mg/dl 超

注 3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンボジウム(1981年)による。

注 4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね 11 以上を軽度、31 以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね 40kg 以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコー ルを摂取していない	・ x	・ x

改善の可能性のある 積極的治療を実施	・ x	・ x
-----------------------	-----	-----

3 肝臓移植			
肝臓移植の実施	有 ・ 無	実施年月日	年 月 日
免疫療法の実施	有 ・ 無		

注5 肝臓移植を行った者であつて、免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値 5.0mg/dl 以上	検査日	年 月 日	有 ・ 無
	血中アンモニア濃度 150 μg/dl 以上	検査日	年 月 日	有 ・ 無
症状に影響する病歴	血小板数 50,000/mm ³ 以下	検査日	年 月 日	有 ・ 無
	原発性肝がん治療の既往	確定診断日	年 月 日	有 ・ 無
症状に影響する病歴	特発性細菌性腹膜炎治療の既往	確定診断日	年 月 日	有 ・ 無
	胃食道静脈瘤治療の既往	確定診断日	年 月 日	有 ・ 無
	現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染	最終確認日	年 月 日	有 ・ 無
	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある			有 ・ 無

日常生活活動の制限	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある 有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある	有 ・ 無
該当回数	補完的な肝機能診断又は 症状に影響する病歴の有無	有 ・ 無

岐阜県
の健康センターの田中らが行った。

岐阜県立がんセンターに関する規則の一部を改正する規則を「」で公布する。
平成二十二年四月一日

岐阜県立がんセンター
岐阜県立がんセンター
田中

岐阜県立がんセンターに関する規則の一部を改正する規則
岐阜県立がんセンターに関する規則（平成十八年岐阜県規則第七十四号）の一部を次の
ように改正する。
岐阜県立がんセンター

肢体不自由	視覚障害	聴覚・平衡機能障害
音声・言語・しゃく機能障害	小腸機能障害	心臓機能障害
腎臓機能障害		その他内臓障害
免疫機能障害		

肢体不自由	視覚障害	聴覚・平衡機能障害
音声・言語・そしゃく機能障害	心臓機能障害	
腎臓機能障害	小腸機能障害	その他内臓障害
免疫機能障害	肝臓機能障害	

上記の欄

- 別記第九号様式別紙五の次に次の四様式を加える。
- 心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、(別紙6)又は(別紙7)による臨床実績等に関する証明書を添付すること。
 - 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は、(別紙8)又は(別紙9)による臨床実績等に関する証明書を添付すること。

(別紙6)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)

医療機関名	期 間	症例数	主たる担当医師名	実施医療機関名等	備考(国等)
	年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月			心臓移植後の抗免疫療法	
				心臓移植術	

上記のとおり相違ないことを証明する

年 月 日

医療機関名
氏 名

印

(別紙 7)

心臓移植術後の免疫療法に関する臨床実績証明書 (連携機関の医師)

連携する 医療機関名	連携する 医師名	症例数	実施医療機関名等	備考(国等)
期 間			心臓移植術	
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月			心臓移植術後の免疫療法	
連携する医師の経歴書	生年月日		学位	
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名		

上記のとおり相違ないことを証明する

年 月 日

医療機関名
氏 名

印

(別紙 8)

肝臓移植術後の免疫療法に関する臨床実績証明書 (主たる医師)

医療機関名	主たる担当医師名	備考(国等)
期 間	症例数	実施医療機関名等
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月		肝臓移植術後の免疫療法
		肝臓移植術

上記のとおり相違ないことを証明する

年 月 日

医療機関名
氏 名

印

(別紙 9)

肝臓移植術後の免疫療法に関する臨床実績証明書 (連携機関の医師)

連携する 医療機関名	連携する 医師名	備考(留等)
期 間	症例数	実施医療機関名等
年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月 年 月 ~ 年 月	肝臓移植術	肝臓移植術
連携する医師の経歴書	生年月日	学位
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者名、学位論文名又は学会論文名

上記のとおり相違ないことを証明する
年 月 日

医療機関名
氏 名 印

監 照
Jの健康センター

平成二十二年四月一日発行

発行者
発行所

岐阜市数田南二丁目一番一
岐阜県庁

編 集

各務原市テクノプラザ

ビー・オール・テクノセンター