

鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する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

鳥取県知事 平 井 伸 治

鳥取県規則第41号

鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例施行規則の一部を改正する規則

第1条 鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例施行規則（昭和45年鳥取県規則第42号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄中条の表示に下線が引かれた条（以下この条において「追加条」という。）を加える。

次の表の改正前の欄中下線が引かれた部分（以下この条において「改正部分」という。）に対応する同表の改正後の欄中下線が引かれた部分（様式の表示及び追加条を除く。以下この条において「改正後部分」という。）が存在する場合には、当該改正部分を当該改正後部分に改め、改正部分に対応する改正後部分が存在しない場合には、当該改正部分を削り、改正後部分に対応する改正部分が存在しない場合には、当該改正後部分を加える。

次の表の改正前の欄の表中太線で囲まれた部分（以下この条において「改正表」という。）を当該改正表に対応する次の表の改正後の欄の表中太線で囲まれた部分に改める。

次の表の改正後の欄中様式の表示に下線が引かれた様式を加える。

改正後	改正前		
<p>（年金の請求の手續）</p> <p>第11条 条例第8条第1項の規定による年金の<u>支給の請求</u>（以下「<u>年金の支給請求</u>」という。）は、年金支給請求書（様式第12号）を知事に提出してしなければならない。</p> <p>2 前項の請求書には、次の表の左欄に掲げる区分に応じ、それぞれ<u>同表の右欄</u>に掲げる書類を添付しなければならない。</p> <table border="1"><tr><td>略</td></tr></table>	略	<p>（年金の請求の手續）</p> <p>第11条 条例第8条第1項の規定による年金の請求は、年金支給請求書（様式第12号）を知事に提出してしなければならない。</p> <p>2 前項の請求書には、次の表の左欄に掲げる区分に応じ、それぞれ<u>当該右欄</u>に掲げる書類を添付しなければならない。</p> <table border="1"><tr><td>略</td></tr></table>	略
略			
略			
<p>（年金管理者による年金の支給請求）</p> <p>第11条の2 条例第9条第1項の規定により年金管理者が指定されているときは、年金の支給請求は、<u>年金管理者が行うものとする。</u></p> <p>2 <u>知事は、年金管理者が2人指定されている場合において、第1順位の年金管理者から年金の支給請求があったときは、当該請求をもって年金の支給を決定するとともに、第2順位の年金管理者に対し、その旨を通知するものとする。</u></p> <p>3 <u>知事は、年金管理者が2人指定されている場合において、第2順位の年金管理者から年金の支給請求があったときは、第1順位の年金管理者に対し、年金の支給請求を行うよう通知するものとする。この</u></p>			

場合において、第1順位の年金管理者から年金の支給請求があったときは、前項の規定を準用する。

4 知事は、前項前段の規定による通知が到達した日の翌日から起算して30日以内に第1順位の年金管理者から年金の支給請求がないときは、第2順位の年金管理者からの年金の支給請求をもって年金の支給を決定するとともに、第1順位の年金管理者に対し、その旨を通知するものとする。

5 前項の規定にかかわらず、第1順位の年金管理者が、次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに第2順位の年金管理者からの年金の支給請求をもって年金の支給を決定するものとする。

- (1) 国内に住所を有しないことが判明したとき。
- (2) 疾病その他の理由により年金の支給請求並びに年金の受領及び管理が困難であると認められるとき。

(年金管理者辞退の申出)

第11条の3 条例第9条第5項の規定による知事に対する辞退の申出は、様式第14号の2による申出書を提出してしなければならない。

(届出)

第16条 条例第18条の規定による届出又は報告は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める書面を知事に提出してしなければならない。

- (1)及び(2) 略
 - (3) 条例第18条第1項第4号の届出 年金管理者指定(変更・解除)届(様式第21号)
 - (4)~(6) 略
- 2~5 略

様式第7号(第6条関係)

(表面)

略

加 入 証 書

加入者

住 所

氏 名

あなたは、鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例に基づき、_____の保護者として鳥取県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。

(届出)

第16条 条例第18条の規定による届出又は報告は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める書面を知事に提出してしなければならない。

- (1)及び(2) 略
 - (3) 条例第18条第1項第4号の届出 年金管理者指定(変更)届(様式第21号)
 - (4)~(6) 略
- 2~5 略

様式第7号(第6条関係)

(表面)

略

加 入 証 書

加入者

住 所

氏 名

あなたは、鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例に基づき、_____の保護者として鳥取県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

職 氏 名

略		
年金管理者	第1順位	住所
	の年金管 理者	氏名
第2順位	住所	
	の年金管 理者	氏名

(裏面)

1 この加入証書は、年金の支給請求時に必要です
ので、大切に保管してください。この証書を紛失
したり、汚損したときは、新しい証書を交付し
ますから、所定の手続により申請してください。

2 及び 3 略

4 年金管理者を2人指定している場合には、年金
の支給請求並びに年金の受領及び管理は、原則と
して、第1順位の年金管理者が行うものとしま
す。

5 略

6 略

7 略

8 略

9 略

10 次の場合には、速やかにお届けください。

(1) 及び (2) 略

(3) 年金管理者を指定し、変更し(年金を受領
し、及び管理すべき年金管理者の順位を変更し
た場合を含む。)、又はその指定を解除したと
き。

(4) 及び (5) 略

11 略

様式第7号の2(第6条関係)

(表面)

略

口 数 追 加 証 書

加入者 住 所

氏 名

あなたは、鳥取県心身障害者扶養共済制度に関す
る条例の規定に基づき、_____の保護者と
して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

職 氏 名

略	
年金管理者	住 所
	氏 名

(裏面)

1 この加入証書は、大切に保管してください。こ
の証書を紛失したり、汚損したときは、新しい証
書を交付しますから、所定の手続により申請して
ください。

2 及び 3 略

4 略

5 略

6 略

7 略

8 略

9 次の場合には、速やかにお届けください。

(1) 及び (2) 略

(3) 年金管理者を指定し、又は変更したとき。

(4) 及び (5) 略

10 略

様式第7号の2(第6条関係)

(表面)

略

口 数 追 加 証 書

加入者 住 所

氏 名

あなたは、鳥取県心身障害者扶養共済制度に関す
る条例の規定に基づき、_____の保護者と
して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

職 氏名

略		
年金管理者	第1順位	住所
	の年金管 理者	氏名
	第2順位	住所
	の年金管 理者	氏名

(裏面)

1 この証書は、年金の支給請求時に必要ですので、加入証書と一緒に保管してください。この証書を紛失したり、汚損したときは、新しい証書を交付しますから、所定の手続により申請してください。

2 及び 3 略

4 年金管理者を2人指定している場合には、年金の支給請求並びに年金の受領及び管理は、原則として、第1順位の年金管理者が行うものとします。

5 略

6 略

7 略

8 略

9 略

10 次の場合には、速やかにお届けください。

(1) 加入者、心身障害者又は年金管理者が氏名又は住所を変更したとき。

(2) 心身障害者又は年金管理者が死亡したとき。

(3) 年金管理者を指定し、変更し(年金を受領し、及び管理すべき年金管理者の順位を変更した場合を含む。)、又はその指定を解除したとき。

(4) 掛金が納められなくなったとき。

(5) 共済制度から脱退したいとき。

11 その他この制度について不明の点は、最寄りの市町村役場、県福祉事務所、県児童相談所又は県福祉保健部障害福祉課にお問い合わせください。

様式第14号の2 (第11条の3関係)

年金管理者辞退申出書

職 氏 名 様

年 月 日

職 氏名

略		
年金管理者	住 所	
	氏 名	

(裏面)

1 この証書は、加入証書と一緒に保管してください。この証書を紛失したり、汚損したときは、新しい証書を交付しますから、所定の手続により申請してください。

2 及び 3 略

4 略

5 略

6 略

7 略

8 略

年金管理者を辞退したいので、鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例施行規則第11条の3の規定により申出ます。

年 月 日

郵便番号

届出者 住 所

氏 名 ⑩

指 定 年 月 日	
加 入 者	住 所
	氏 名
年金管理者を辞退する理由	

(注) 氏名を自署する場合には、押印を省略することが出来ます。

様式第16号 (第13条関係)

加入証書等再交付申請書

職 氏 名 様

加入証書(口数追加証書、年金証書)の再交付を受けたいので、鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例施行規則第13条の規定により申請します。

年 月 日

郵便番号

申請者 住 所

氏 名 ⑩

略				
年金管理者	第1順位	住所	心身障害者との続柄	
	の年金管理者	氏名	生年月日	年月日
年金管理者	第2順位	住所	心身障害者との続柄	
	の年金管理者	氏名	生年月日	年月日
略				

備考 略

(注)

- 1 氏名を自署する場合には、押印を省略することが出来ます。

様式第16号 (第13条関係)

加入証書等再交付申請書

職 氏 名 様

加入証書(口数追加証書、年金証書)の再交付を受けたいので、鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例施行規則第13条の規定により申請します。

年 月 日

郵便番号

申請者 住 所

氏 名 ⑩

略				
年金管理者	住所	心身障害者との続柄		
	氏名	生年月日	年月日	
略				

備考 略

(注) 氏名を自署する場合には、押印を省略することが出来ます。

2 年金証書の再交付申請の場合には、年金管理者の欄については、現に年金の受領及び管理を行っている者の順位の欄のみに記載してください。

様式第21号（第16条関係）

年金管理者指定（変更・解除）届

職 氏 名 様

年金管理者を指定（変更・解除）したので、鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例第18条第1項の規定により届け出ます。

年 月 日

郵便番号
届出者 住 所
氏 名

㊞

略				
年金管 理者 (変更 の場合 は、変 更後の 年金管 理者)	第1順 位の年 金管理 者	住 所		
		氏 名	,	
	生年月日	年 月 日	年金受給権者との続柄	
	第2順 位の年 金管理 者	住 所		
氏 名		,		
		生年月日	年 月 日	
		年金受給権者との続柄		
解除し た年金 管理者	住 所			
	氏 名			
	生 年 月 日			
	年金受給権者との続柄			
指 定 (変更 ・解 除)し た理由				

備考 年金管理者の指定又は変更の届出の場合にあつては、その者の承認を得たことを証する書面を添付すること。

(注) 略

様式第24号（第16条関係）

様式第21号（第16条関係）

年金管理者指定（変更）届

職 氏 名 様

年金管理者を指定（変更）したので、鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例第18条第1項の規定により届け出ます。

年 月 日

郵便番号
届出者 住 所
氏 名

㊞

略				
年 金 管 理 者 (変更の場合 は、変更後の 年金管理者)	住所			
	氏名	生年 月日	年	月 日
	年金受給権者との続柄			
指 定 (変更) した理由				

(注) 略

様式第24号（第16条関係）

年金受給権者現況報告

職 氏 名 様

鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例第18条第4項の規定により年金受給権者の現況を報告します。

年 月 日

郵便番号

報告者 住 所

氏 名

㊞

略			
年金	住所		
受給	氏名	生年月日	年 月 日
権者	連絡先電話番号		
年金管理者の有無	1 有 2 無		
(いずれかに を付けるとともに、有の場合には、年金管理者の続柄の欄にも を付けてください。)	続 柄	父	
		母	
		祖父母	
		兄弟姉妹	
		その他の親族	
		その他 ()	
年金管理者(現に年金の受領及び管理を行っている者)	住 所		
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
	連絡先電話番号		
備 考			

備考 略

(注) 略

年金受給権者現況報告

職 氏 名 様

鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例第18条第4項の規定により年金受給権者の現況を報告します。

年 月 日

郵便番号

報告者 住 所

氏 名

㊞

略								
年金受給権者現況	住所							
	氏名	生年月日	年 月 日					
	年金管理者との続柄							

備考 略

(注) 略

第2条 鳥取県心身障害者扶養共済制度に関する条例施行規則の一部を次のように改正する。

様式第5号を次のように改める。

様式第5号(第4条、第5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

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

(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	平成 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)	① 男 ① 昭和	年 月 日
	(名)	② 女 ② 平成	

申込者の告知

最近の健康状態	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	えい																		
過去5年以内の健康状態	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	えい																		
	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 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	えい																		
	<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(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・網膜の病气・角膜の病气</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(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
	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(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																				
過去5年以内に、上記 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	えい																			
身体の障害	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	えい																		
	<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>欠損</td> <td>手・足・手指・背骨(背柱)</td> </tr> <tr> <td>変形</td> <td>手・足・手指・背骨(背柱)</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	欠損	手・足・手指・背骨(背柱)	変形	手・足・手指・背骨(背柱)													
機能障害	目・耳・言語・そしゃく	障害の原因・部位・程度等																			
欠損	手・足・手指・背骨(背柱)																				
変形	手・足・手指・背骨(背柱)																				
「詳細記入欄」上記 ~ に はい があつた場合は、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(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																		
病气やけがの名前・検査名・検査結果		③	④																		
診察・検査・治療・投薬を受けた期間		①	②																		
入院の有無・期間		③	④																		
手術の有無(手術の名前、または内容・部位)		①	②																		
症状経過		③	④																		
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名		①	②																		
		③	④																		

心身障害者

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

様式第14号を次のように改める。

様式第14号 (第11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 2. 言語の機能を全く永久に失ったもの 3. そしゃくの機能を全く永久に失ったもの 4. 両上肢を手関節以上で失ったもの 5. 両下肢を足関節以上で失ったもの 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 7. 両上肢の用を全く永久に失ったもの 8. 両下肢の用を全く永久に失ったもの 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 10. 両耳の聴力を全く永久に失ったもの	8. 受傷日 (発病)	年 月 日	(医師推定) (患者申告)
		9. 初診日	年 月 日	
		10. 入院日	年 月 日	
4. 傷病名		11. 退院日 現在入院中	年 月 日	年 月 日
5. 4の原因	(医師推定) (患者申告)	12. 終診日	年 月 日	年 月 日
6. 障害の部位		現在治療中(当院・他院)	年 月 日	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・所見およびその後の経過、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 500Hz 1000Hz 2000Hz 右 () dB () dB () dB 左 () dB () dB () dB	17. 機能し 障害 害く	(下記A-Cのうち該当する項目に印をしてください) 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
a. 聴力レベル		検査(計測)日 年 月 日		検査(計測)日 年 月 日
b. 聴力損失				
18. 言語機能の障害	(該当する項目に印をしてください) (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) 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) 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) D. その他		(原因) a. こう頭てき出(1.全部 2.一部) b. 中枢性失語症 c. 構音障害(1.口唇音 2.歯舌音 3.口蓋音 4.こう頭音) 全不能な場合には印をお願いします d. その他()	
検査(計測)日 年 月 日				

(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。

(左手骨) (左足骨) (右手骨) (右足骨)

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。
	遠位指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	
左 (手指)・(足指)	遠位指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	
	近位指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	
	中手指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	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
	部位	右		～	～	～
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

(注)
 1 15～20項については、障害のある場合に記載して下さい。
 2 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。
 3 印はいずれかに 印をお願いします。
 4 訂正の場合、訂正印を必ず押印願います。

附 則

この規則は、平成21年4月1日から施行する。