

鳥取県障害者自立支援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22年3月5日

鳥取県知事 平 井 伸 治

### 鳥取県規則第6号

#### 鳥取県障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則

鳥取県障害者自立支援法施行細則（平成18年鳥取県規則第22号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄中下線が引かれた部分（以下「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（様式の細目の表示を除く。以下「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「改正表」という。）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（以下「改正後表」という。）が存在する場合には、当該改正表を当該改正後表に改め、改正後表に対応する改正表が存在しない場合には、当該改正後表を加える。

次の表の改正後の欄中様式の細目の表示に下線が引かれた様式の細目を加える。

改正後		改正前	
様式第5号（第5条、第7条関係） 自立支援医療（育成医療・精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） 1 年月日 職氏名様 申請者氏名 ㊞ 次のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。		様式第5号（第5条、第7条関係） 自立支援医療（育成医療・精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更） 1 年月日 職氏名様 申請者氏名 ㊞ 次のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。	
略		略	
医療の具体的 方針 6		負担上限額 6	
医療の具体的 方針 7		医療の具体的 方針 7	
注1～4 略 5 6の欄は、変更の場合に記載すること。		注1～4 略 5 6及び7の欄は、変更の場合に記載すること。	
6 略 添付書類 1～6 略 --- ここから下の欄には記載しないでください。 --- 行政庁記入欄		6 略 添付書類 1～6 略 --- ここから下の欄には記載しないでください。 --- 行政庁記入欄	
略		略	
前回の 受給者 番号		前回の 受給者 番号	
	今回の 受給者 番号		今回の 受給者 番号

診断書の提出	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規		
年金受給	有・無	期間短縮希望	有・無
略			

様式第6号（第5条関係）

自立支援医療（育成医療）意見書

略	
障害の種類 （該当するものを付ける）	（1）肢体不自由 （2）視覚障害 （3）聴覚・平衡機能障害 （4）音声・言語・そしゃく機能障害 （5）心臓機能障害 （6）じん臓機能障害 （7）小腸機能障害 （8）肝臓機能障害 （9）その他の内臓障害 （10）免疫機能障害
略	

注 略

様式第8号（第6条関係）

自立支援医療受給者証（育成医療・精神通院医療）

略			
1 公費負担の対象となる障害		1 特定疾病療養受給者証	有・無
1 医療の具体的方針			
略			

2	更新手続期間	診断書の提出
次回更新について		

注

- 1 1の欄は、育成医療の場合に記載すること。  
 2 2の欄は、精神通院医療の場合に記載すること。  
 3 略  
 4 略

様式第11号（第10条関係）

指定自立支援医療機関（病院又は診療所）指定申請書

年 月 日

略			

様式第6号（第5条関係）

自立支援医療（育成医療）意見書

略	
障害の種類 （該当するものを付ける）	（1）肢体不自由 （2）視覚障害 （3）聴覚・平衡機能障害 （4）音声・言語・そしゃく機能障害 （5）心臓機能障害 （6）じん臓機能障害 （7）小腸機能障害 （8）その他の内臓障害 （9）免疫機能障害
略	

注 略

様式第8号（第6条関係）

自立支援医療受給者証（育成医療・精神通院医療）

略			
公費負担の対象となる障害		特定疾病療養受給者証	有・無
医療の具体的方針			
略			

注

- 1 印の欄は、育成医療の場合に記載すること。  
 2 略  
 3 略

様式第11号（第10条関係）

指定自立支援医療機関（病院又は診療所）指定申請書

年 月 日

職 氏名 様

住所

(法人にあっては、主たる事務所)

申請者 氏名 ㊞

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関(病院又は診療所)の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

略	
担当しようとする医療の種類	眼科 耳鼻いんこう科 口腔 整形外科 形成外科 中枢神経 脳神経外科 心臓脈管外科 <u>心臓移植(心臓移植術・抗免疫療法)</u> じん臓 じん移植 小腸 <u>肝臓移植(肝臓移植術・抗免疫療法)</u> 歯科矯正 免疫
3	
略	

注 略

添付書類 略

(別紙1)

経歴書

略
---

注 略

添付書類

1~4 略

5 心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を担当しようとする場合にあっては、別紙7又は別紙8による証明書

6 肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を担当しようとする場合にあっては、別紙9又は別紙10による証明書

7 略

(別紙2)~(別紙6) 略

(別紙7)

心臓移植術及び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		主たる担当 医師名	
期間	症例数	実施医療機 関名等	備考
年 月~ 年 月		心臓移植術 病院	
年 月~			

職 氏名 様

住所

(法人にあっては、主たる事務所)

申請者 氏名 ㊞

(法人にあっては、名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関(病院又は診療所)の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

略	
担当しようとする医療の種類	眼科 耳鼻いんこう科 口腔 整形外科 形成外科 中枢神経 脳神経外科 心臓脈管外科 じん臓 じん移植 小腸 歯科矯正 免疫
3	
略	

注 略

添付書類 略

(別紙1)

経歴書

略
---

注 略

添付書類

1~4 略

5 略

(別紙2)~(別紙6) 略

年 月		病院	
年 月~			
年 月		病院	
年 月~			(国名)
年 月		H P	
年 月~		心臓移植術 後の抗免疫 療法	
年 月		病院	
年 月~			
年 月		病院	
年 月~			
年 月		病院	
年 月~			(国名)
年 月		H P	

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

注

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。

また、移植関係学会合同委員会において、心臓移植実施施設として選定された施設で心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。

- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに心臓移植術及び心臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙 8)

心臓移植術及び心臓移植術後の抗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		連携する医	
-------	--	-------	--

療機関名		師名	
期間	症例数	実施医療機関名等	備考
年 月～ 年 月		心臓移植術 病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		HP	(国名)
年 月～ 年 月		心臓移植術 後の抗免疫 療法 病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		病院	
年 月～ 年 月		HP	(国名)
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

注

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに心臓移植術又は心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載する

こと。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙 9)

肝臓移植術及び肝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		主たる担当 医師名	
期間	症例数	実施医療機 関名等	備考
年 月~ 年 月		肝臓移植術 病院	
年 月~ 年 月		病院	
年 月~ 年 月		病院	
年 月~ 年 月		HP	(国名)
年 月~ 年 月		肝臓移植術 後の抗免疫 療法 病院	
年 月~ 年 月		病院	
年 月~ 年 月		病院	
年 月~ 年 月		HP	(国名)

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

注

- 1 医療機関名欄は、正式名称を記載すること。
- 2 「主たる担当医師名」欄には、肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」欄には、「主たる担当医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術

及び肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した期間を直近時から遡って記載すること。

また、移植関係学会合同委員会において、肝臓移植実施施設として選定された施設で肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、記載しても差し支えない。

- 4 「実施医療機関名等」欄には、これまでに肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した医療機関名等を記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

(別紙10)

肝臓移植術及び肝臓移植術後の抗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	症例数	連携する医師名	実施医療機関名等	備考
年 月 ~ 年 月			肝臓移植術 病院	
年 月 ~ 年 月			病院	
年 月 ~ 年 月			病院	
年 月 ~ 年 月			HP	(国名)
年 月 ~ 年 月			肝臓移植術 後の抗免疫療法 病院	
年 月 ~ 年 月			病院	
年 月 ~ 年 月			病院	
年 月 ~ 年 月			HP	(国名)
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 ④

注

- 1 医療機関名は、正式名称を記載すること。
- 2 「連携する医師名」欄には、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記載すること。
- 3 「期間」、「症例数」、「実施医療機関名等」欄には、「連携する医師名」に記載した医師が、これまでに肝臓移植術又は肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時から遡って記載すること。

なお、実施した医療機関については国内に限定するものではないが、国外の医療機関を記載する際は、備考欄に国名についても記載すること。

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。ただし、様式第11号の改正規定(「心臓脈管外科」の次に「心臓移植(心臓移植術、抗免疫療法)」を加える部分に限る。)は、公布の日(以下「公布日」という。)から施行する。

(準備行為)

- 2 改正後の鳥取県障害者自立支援法施行細則(以下「新規則」という。)様式第5号、様式第6号及び様式第11号を使用して行う新規則第5条、第7条又は第10条の規定による申請書等の作成(前項ただし書の規定により公布日から行うことができるものを除く。)は、この規則の施行前においても行うことができる。

