

毎週火、金曜日発行（但休日に当るときは翌日）
昭和四年四月十五日第三種郵便物認可

鳥取県公報

目次

◇規則 身体障害者福祉法施行細則

規則

身体障害者福祉法施行細則をここに公布する。

昭和三十四年四月九日

鳥取県知事 石 破 二 朗

鳥取県規則第十三号

身体障害者福祉法施行細則

(総 則)

第一条 身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八

十三号。以下「法」という。）の施行については、身体障害者福祉法施行令（昭和二十五年政令第七十八号。以下「施行令」という。）及び身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号。以下「省令」という。）によるほか、この規則の定めるところによる。

（医師の指定又は取消の告示）

第二条 知事は、省令第三条の規定により医師を指定し、又はその指定を取り消したときは、告示するものとする。

（同意書）

第三条 省令第三条第二項の同意は、同意書（様式第一号）によるものとする。

（標 示）

第四条 省令第三条の規定により知事の指定をうけた医師は、標示（様式第二号）を見やすい場所に掲示しなければならぬ。

(医師の診断書)

第五条 省令第四条第一項第一号に規定する医師の診断書は、身体障害者診断書(様式第三号)とする。

(居住地等変更届書)

第六条 省令第十条第一項及び第十一条の規定による居住地等変更届は、身体障害者居住地等変更届書(様式第四号)によるものとする。

2 省令第十条第三項及び第十一条の規定による通知は、身体障害者居住地変更通知書(様式第五号)によるものとする。

(手帳再交付申請書)

第七条 省令第十二条及び第十三条第一項の規定による身体障害者手帖の再交付申請は、身体障害者再交付申請書(様式第六号)によるものとする。

2 省令第十三条第二項の規定による身体障害者手帖の返還は、身体障害者手帖返還届書(様式第七号)によるものとする。

(保健所長への通知)

第八条 省令第七条第二項及び第十二条の二の規定による保健所長への通知は、身体障害者手帖交付記載事項変更通知書(様式第八号)によるものとする。

(却下等)

第九条 法第十五条第五項の規定による通知は、却下決定通知書(様式第九号)によるものとする。

第十条 福祉事務所長は、身体障害者手帖交付状況台帳(様式第十号)を備え、手帳の交付状況その他必要な事項を記載しておかなければならない。

2 福祉事務所長は、各四半期終了のつど身体障害者福祉法手帖交付状況調(様式第十一号)を作成し、翌月十日までに知事に提出しなければならない。

(身体障害者指導記録票)

第十一条 施行令第四条の規定により居住地の変更通知をうけたときは、知事は速やかに身体障害者更生指導記録票(様式第十二号)を作成し、これを新居住地の

知事に送付するものとする。

(更生指導台帳)

第十二条 省令第九条第二項の規定による更生指導台帳は、身体障害者更生指導台帳(様式第十三号)とする。

(執務日誌)

第十三条 身体障害者福祉司及び社会福祉主事は、身体障害者の更生援護の業務について、執務日誌(様式第十四号)に必要な事項を記載しなければならない。

(更生相談所)

第十四条 身体障害者更生相談所(以下「更生相談所」という。)長は、判定依頼書受理簿(様式第十五号)を備え必要な事項を記載しなければならない。

第十五条 更生相談所が法第十一条第三項の規定により巡回判定等を行ったときは、巡回診査相談記録票(様式第十六号)を調製のうえ、保存しておかなければならない。

2 更生相談所長は、各月ごとの身体障害者更生相談所判定件数調(様式第十七号)を翌月十日までに、各年度の診査更生相談実績調(様式第十八号)を翌年度四月十日までに知事に提出しなければならない。

(判定依頼)

第十六条 福祉事務所長は、法第十一条の二第二項の規定により更生相談所に判定を求めるときは、判定依頼書及び判定通知書(様式第十九号)をそれぞれ更生相談所長及び当該身体障害者に送付しなければならない。

(給付の決定等)

第十七条 福祉事務所長は、法第十九条第一項の規定による更生医療の給付又は法第二十条第一項の規定による補装具の交付若しくは修理を行うことを決定したときは、更生医療給付補装具交付(修理)通知書(様式第二十号)を、その申請を却下することを決定したときは、却下決定通知書(様式第九号)をそれぞれ申請

者に交付しなければならない。

(更生医療内容の変更承認申請等)

第十八条 指定医療機関は、更生医療券に記載された医療の具体的方針を変更し、又はその有効期間を延長しようとするときは、更生医療変更承認申請書(様式第二十一号)により福祉事務所長の承認をうけなければならない。

2 福祉事務所長は、医療の具体的方針を変更し、又はその有効期間を延長する必要があると認めるときは、更生医療変更承認書(様式第二十二号)を指定医療機関に送付するとともに、更生医療内容変更(期間の延長)承認通知書(様式第二十三号)を当該身体障害者に送付しなければならない。

(看護、移送等の承認申請等)

第十九条 看護、移送又は治療の材料等に要する費用を受けようとする身体障害者は、更生医療看護等承認申請書(様式第二十四号)を福祉事務所長に提出しな

ればならない。

2 福祉事務所長は、前項の看護、移送又は治療材料等に要する費用を支給する必要があると認めるときは、更生医療看護等承認書(様式第二十五号)を当該身体障害者に交付しなければならない。

3 身体障害者が前項の規定により承認を受けた費用を請求する場合は、更生医療看護費等請求書(様式第二十六号)によらなければならない。

(報告)

第二十条 福祉事務所長は、更生医療の給付を委託した指定医療機関に対し、毎月終了後受給者について更生医療治療経過及び予定報告書(様式第二十七号)を調製の上提出せしめなければならない。

2 福祉事務所長は、更生医療の給付を決定したとき及び更生医療給付内容を変更したときは、更生医療給付決定(変更)報告書(様式第二十八号)を、更生医療の給付が終了したときは、更生医療給付後結果状況調

(様式第二十九号)を作成し、知事に提出しなければならない。

(更生医療診療報酬決定簿)

第二十一条 知事は、法第十九条の五第一項の規定により診療報酬を決定したときは、更生医療診療報酬決定簿(様式第三十号)に記載するものとする。

(通知)

第二十二条 福祉事務所長は、省令第十三条の二の規定による更生医療給付申請書を受理したとき又は更生医療を必要とする身体障害者を発見したときは、速やかに更生医療給付対象者通知票(様式第三十一号)を作成して知事に提出しなければならない。

(補装具)

第三十三条 福祉事務所長は、法第二十条第三項前段の規定により補装具の交付又は修理を補装具の製作又は修理を業とする者に委託しようとするときは、補装具交付(修理)委託通知書(様式第三十二号)を送付し

なければならない。

第二十四条 福祉事務所長は、法第二十条第一項の規定により補装具を交付し、又は修理する場合において、

昭和二十九年厚生省告示第百二十八号(補装具の種目、受託報酬の額等に関する基準)によることができな

ないときは、補装具基準外交付協議書(様式第三十三号)により知事に協議しなければならない。

(帳簿)

第二十五条 福祉事務所長は、次に掲げる帳簿を備えて必要な事項を記載しなければならない。

- 一 更生医療給付申請及び決定簿(様式第三十四号)
- 二 更生医療診療報酬請求審査決定状況簿(様式第三十五号)
- 三 更生医療診療報酬請求明細書発行簿(様式第三十六号)

四 補装具交付修理申請及び決定簿(様式第三十七号)

(更生援護施設)

第二十六条 福祉事務所長は、身体障害者について法第十八条第一項第三号の規定により身体障害者更生援護施設への入所に関する措置をし、又は同条第二項の規定により更生援護施設に収容を委託するときは、当該身体障害者更生援護施設の長に対し入所依頼(委託決定)通知書(様式第三十八号)を送付するとともに、法第十八条第二項の規定により身体障害者更生援護施設に委託する当該身体障害者に対して入所決定通知書(様式第三十九号)を送付しなければならない。

第二十七条 前条の規定により福祉事務所長の通知をうけた身体障害者更生援護施設の長は身体障害者の入所を決定したときは、福祉事務所長及び当該身体障害者に対し入所通知書(様式第三十九号)を送付しなければならない。

第二十八条 法第二十八条の規定により設置されている身体障害者更生援護施設の長は、次に掲げる台帳を備

えて必要な事項を記載しなければならない。

一 身体障害者更生援護施設台帳(様式第四十号)

二 入所生台帳(様式第四十一号)

三 施設収容者台帳(様式第四十二号)

第二十九条 前条に規定する身体障害者更生援護施設の長は、各四半期毎に当該施設に収容した身体障害者について身体障害者更生援護施設収容者状況報告書(様式第四十三号)を作成し、各四半期終了後十日以内に知事に提出しなければならない。

(旅客運賃割引証等)

第三十条 福祉事務所長又は町村長は、旅客運賃割引証の交付に関する事務を処理するため次の台帳を備えて必要な事項を記載しなければならない。

一 旅客運賃割引証出納簿(様式第四十四号)

二 旅客運賃割引証交付台帳(様式第四十五号)

第三十一条 福祉事務所長は、各四半期終了のつど身体障害者日本国有鉄道旅客運賃割引証交付状況調(様式第

四十六号)を作成し、十日以内に知事に提出しなければならない。

第三十二条 放送法(昭和二十五年法律第百三十二号)

第三十二条第二項の規定による日本放送協会受診料免除については福祉事務所長又は町村長がする証明は、日本放送協会受診料免除証明願(様式第四十七号)によるものとする。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、昭和三十四年四月一日から適用する。

身体障害者福祉法施行細則(昭和二十八年十月鳥取県規則第七十一号)は、廃止する。

様式第1号

同 意 書

医 師 氏 名	
医 療 機 関 名 及 び 所 在 地	
担 当 科 目	

法第15条第1項に規定する医師として指定されることに同意する。

昭和 年 月 日

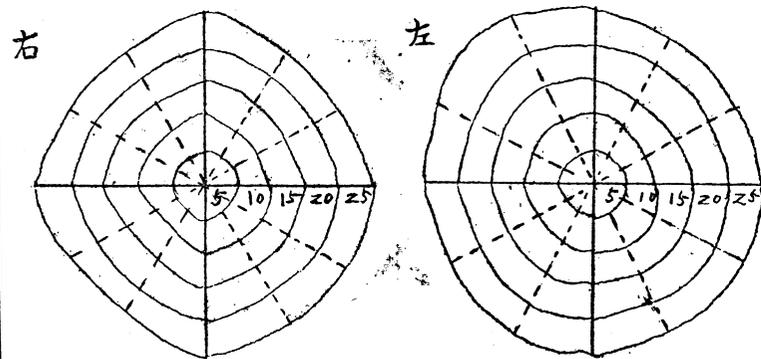
医療機関開設者 氏 名 ①
医 師 氏 名 ②

視力障害の状況及び所見

1. 視力

	裸眼	矯正	矯正眼鏡
右眼			
左眼			

2. 視野



3. 前眼部

4. 中間透光体

5. 眼底

6. 障害原因

戦傷, 公務, 産業, 自然, 交通, 戦災, 疾病 () 先天性
後天性

7. 障害を受けたとき

明大昭 年 月 日 場所

様式第2号

標示の規格は、縦一二五ミリメートル、横五五ミリメートル程度とし、その材料は金属又は木材を用いるものとする。



身体障害福祉法指定医

様式第3号

身体障害者診断書

居住地

氏名

1. 傷病名 年 月 日生

2. 原因

3. 現症 (裏面を利用して詳細に記入すること。なお、更生医療補装具の必要も併せて記入すること。)

4. 身体障害者福祉法第15条第3項の意見

障害の程度は、身体障害者福祉法別表第 第 (第 級) に該当するものと認める。

法別表の何れにも該当しないものと認める。

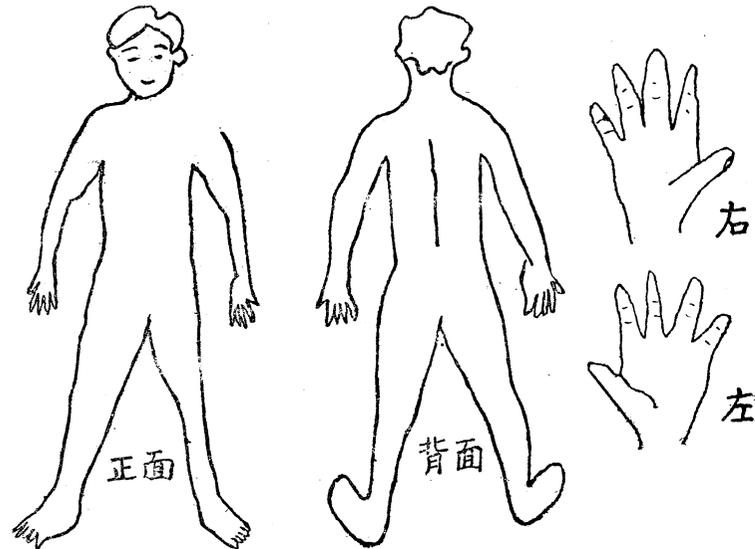
昭和 年 月 日

指定医師

居住地又は勤務先

診療科名 科 氏 名 ㊦

肢体不自由の状況及所見



(注) 欠損部位 (この記号の表示のほか長さをcmで示すこと)
 發育不良部位 (この記号の表示のほか短縮はcmで示すこと)
 知覚麻痺など広範囲の障害部位
 × その他の障害に記入すること

(損傷程度)

- (1) 関節の運動性
- (2) 歩行能力の程度
- (3) 起立位
- (4) 座位
- (5) 下肢の短縮度
- (6) 握力
- (7) その他著明な所見

障害原因 戦傷、公務、産業、自然、交通、戦災、疾病 () 先天性
 後天性

障害を受けたとき 明大昭 年 月 日 場所

1. 聴力障害の状況及所見

- (1) 聴力 (会話音域の平均聴力損失) (2) 障害の種類

右	db
左	db

伝音性難聴
感音性難聴
混音性難聴

(3)

(4) 聴力検査 果

(イ) 純音による検査 (ロ)又は
 (四)のいずれかを記入する)

オーディオメーターの型式 _____

	125	500	1,000	C. P. S
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				



(四) 語音による検査

2. 平衡機能障害の状況及所見

3. 音声、言語機能障害の状況及所見

4. 障害原因

戦傷、公務、産業、自然、交通、戦災、疾病 () 先天性
 後天性

5. 障害を受けたとき

明大昭 年 月 日 場所

備考 1~3については、関係部分の障害について記入すること。

様式第5号

番号

身体障害者居住地変更通知書

下記の者は昭和 年 月 日をもって転入し居住地変更届を提出したので受理し、変更処理したから通知する。

なお、身体障害者更生指導記録票を……福祉事務所長あて送付願いたい。

昭和 年 月 日

鳥取県知事 ㊤

県知事殿
福祉事務所長

記

本籍地
居住地
氏名 生年月日

手帖番号		交付年月日	
障害名		変更後の居住地	

身体障害者手帖交付台帖まつ消済 年 月 日
 管轄福祉事務所連絡済 年 月 日
 身体障害者更生指導記録票付済 年 月 日

担当者 ㊤

様式第4号

身体障害者^{居住地等}(氏名)変更届書

昭和 年 月 日

私は 年 月 日下記の通り^(居住地)(氏名)を変更しましたからお届け致します。

氏 名 ㊤

鳥取県知事 殿
記

- 新 居 住 地
旧 居 住 地
- 新 氏 名 ()
旧 氏 名 ()
- 既交付の身体障害者手帖の記載の内容

手帖番号	交付年月日	障 害 名	等級	児童との続柄	備考
県第 号	昭和 年 月 日		種 級		

昭和 年 月 日 身体障害者手帖記載済
福祉事務所長 ㊤

第 号
昭和 年 月 日
鳥取県知事 殿
福祉事務所長 ㊤

上記の通り身体障害者^{居住地}(氏名)変更届をしたので通知する。

- 備考 (1) 児童の場合は 2. の欄 () 内に児童の氏名を記入すること。
 (2) 不要の文字はまつ済すること。

様式第7号

身体障害者手帖返還届書

住所
氏名 ㊤

下記のもの のため身体障害者手帖を返還いた
します。

記

返還者 住所
氏名

身体障害者手帖番号 県第 号

同上交付年月日 年 月 日

障 害 名

第 号

昭 和 年 月 日

上記のとおり身体障害者手帖が返還されたので進達する。

福祉事務所長 ㊤

鳥取県知事 殿

様式第6号

身体障害者再交付申請書

昭和 年 月 日

居住地 続柄
ふりがな 氏 名 ㊤ 男 女
年 月 日生

15才未満の
児童の氏名

年 月 日生

鳥取県知事 殿

私は次のとおり 紛失しましたので
破損し使用に堪えませんでしたので 関係書類を添え
障害程度が変更しましたので

て再交付を申請します。

旧手帖番号 県第 号 (昭和 年 月 日交付)

- 備考 (1) 身体障害のある15才未満の児童については、保護者が代って申請することになっている。この場合には児童の氏名及び生年月日を□欄に記入すること。
- (2) 不要の文字はまつ消すること。

様式第9号

却下決定通知書

発 番 号

昭和 年 月 日

鳥取県知事 (印)
福祉事務所長 (印)

殿

昭和 年 月 日に申請された

身体障害者福祉法による 身体障害者手帖交付
戦傷病者戦歿者遺族等援護法による 更生医療の給付
補装具の交付(修理)

について、下記の理由により却下することに決定しましたから通知します。なおこの決定に不服があれば不服の申立ができますから申し出て下さい。

記

(却下の理由)

備考、不要の文字はまつ消すること。

様式第8号

身体障害者手帖 交 付 通知書
記載事項変更

下記の通り身体障害者手帖 (を 交 付) されたので身
の記載事項が変更

体障害者福祉法施行規則 第7条の第22項の規定により通知する。
第12条の2

昭和 年 月 日

福祉事務所長 (印)

保健所長 殿

記

児 童 氏 名 現 旧 年 月 日生 性別 男女

居 住 地 現 旧

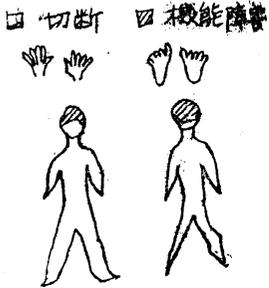
保 護 者 氏 名 現 旧 年 月 日生 続柄

居 住 地 現 旧

身体障害者手帖交付月日 昭和 年 月 日
(変更届受理月日)

身体障害者手帖番号 県第 号

障害名及び等級 等級

氏名	ふりがな 明大昭		障 害	級 別		
	年 月 日生 (満才)			程 度		
職業			所得税控除 該 非			
本籍地						
居地	居更	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	住地	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
原病	症名	戦争、戦災、労災、天災、災禍、不慮、その他()		障 害 部 位	<input type="checkbox"/> 切断 <input checked="" type="checkbox"/> 機能障害 	
原因とその事情	負傷	先天的 (奇型を含む)				
	疾病					
	その他					
機能障害の程度			身 体 の 状 況		視 力	
家族歴					色 視	
既応歴					聴 力	
現 症					言 語	
恩 援 給 法 又 は 法	項 款 目 症 証書番号 号(年額 円)					
教 育	学 歴					
	義務教育	支障あり() 支障なし()				

家 族 状 況	家族人員	氏 名	続柄	生年月日	職業	月(年) 收	学歴	健弱	社会保険加入状況	摘要
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
10										
住居の種類	家屋の種類	普通家屋 2階平家 坪 バラック 寮 アパート その他								
	所有関係	自家 借家 間借 同居 その他								
	家賃	月 円 不用 現物支払又は免除								
資 産	起居室数	室 畳 数 畳								
	所 有 地	貸 付 地	借 地		家屋	その他	負 債			
		田	田	田						
		畑	畑	畑						
		宅地	宅地	宅地						
		林野	林野	林野						
その他	その他	その他								
環 境	家庭環境									
	友人知己近隣関係									
家計の状況										

様式第15号 判定依頼書受理簿

番号	受理年月日	福祉事務所名	氏名	居住地	判定依頼された事項	判定実施月日	判定書番号	送付年月日

様式第16号

巡回診査更生相談記録票

昭和 年 月 日 会場()

面接順位	No.	ケース番号	No.	氏名	男 女	住所	町村	区分	職	身
				明・大・昭						

過去において身体障害者更生相談

判定依頼年月日及場所

年 月 日

相談所 会場

所の判定を受けたことのある場合

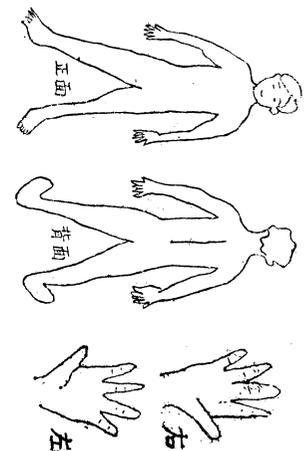
判定日及依頼事項

年 月 日

補装具 更生医療 職業一級

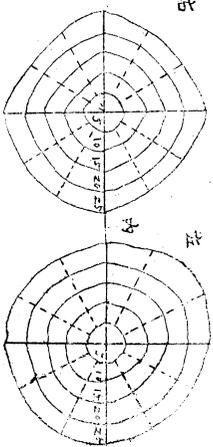
1	相談に来た本人の目的	措置	区分
1	医療についての相談		A
2	補装具についての相談		B
3	施設入所についての相談		
4	職業についての相談		
5	生活についての相談		
6	その他の相談		C

2



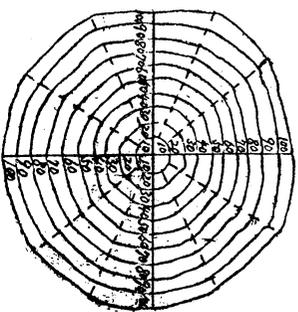
(註) 欠損部位
長さはcmで示すこと。
发育不良
短縮はcmで示すこと。
知覚覚醒な部位
ど広範囲の障害部位
その他の障害に記入のこと。

B	裸眼	矯正	矯正眼鏡
右眼			D 円柱 D(軸°)
左眼			D 円柱 D(°)



上下肢名	関節名(番号)	関節運動範囲	番号	関節運動名	番号	関節運動名
		右	1	完全伸	12	底前後外内回
		左	2	完全屈	13	底前後外内回
			3	伸屈	14	底前後外内回
			4	伸屈	15	底前後外内回
			5	伸屈	16	底前後外内回
			6	伸屈	17	底前後外内回
			7	伸屈	18	底前後外内回
			8	伸屈	19	底前後外内回
			9	伸屈	20	底前後外内回
			10	伸屈	21	底前後外内回
			11	伸屈	22	底前後外内回

註 1 二関節の場合は点線の上下にそれぞれ記入すること。
2 三関節以上の場合は適宜余白に記入すること。



3 補装具使用状況
使っている○
時々使う△
使わない×
(1~10まで)

1. 歩くとき
2. 坐って仕事するとき
3. 立って仕事するとき
4. 田で仕事するとき
5. 畠で仕事するとき
6. 戸外(庭)で仕事するとき
7. 家について仕事しないとき
8. 人と話すとき
9. 自転車にのるとき
10. 自転車にはのれない
11. 補装具は

危険を感じる時
危険を感じない

動作所	補装具	補装具の名稱

原傷病名
機能障害名
現症 (A、B、Cの表を利用して機能障害の具体的状況及び一般健康所見を記載のこと。)

○ オーディオグラム 右……青 ○ 左……赤 ×

聴力損失(ラシベル値)

周波数	125	250	500	1000	2000	4000	8000
右							
左							

備考

合 計	そ の 他	肢 体 不 自 由	言 語 機 能 障 害	音 声 機 能 障 害	機 能 障 害	視 覚 障 害	福 祉 事 務 所 別		備 考
							区 分	区 別	
()	()	()	()	()	()	()	東 部	()	イ 対 象 人 員 別 昭和 年 度 診 査 更 生 相 談 実 績 調
()	()	()	()	()	()	()	中 部	()	
()	()	()	()	()	()	()	西 部	()	
()	()	()	()	()	()	()	鳥 取 市	()	
()	()	()	()	()	()	()	倉 吉 市	()	
()	()	()	()	()	()	()	米 子 市	()	
()	()	()	()	()	()	()	境 港 市	()	
()	()	()	()	()	()	()	合 計	()	
()	()	()	()	()	()	()	備 考	()	

合 計	そ の 他	肢 体 不 自 由	言 語 機 能 障 害	音 声 機 能 障 害	機 能 障 害	視 覚 障 害	障 害 名		備 考
							区 分	区 別	
()	()	()	()	()	()	()	心 理	()	備 考 イ 一 人 で 心 理 と 職 能 と 二 つ 判 定 し た も の に つ い て は、心 理 一 件、職 能 一 件 と し て 記 入。こ の 際 の 相 談 人 員 は 一 人 で あ る。 ロ 右 の 調 査 件 数 及 び 人 員 は 相 談 所 で 取 扱 っ た も の と 巡 回 相 談 で 取 扱 っ た も の と の 合 計 を 記 入。 ハ () は 巡 回 相 談 の 際 の 数 字 の み を 記 入。
()	()	()	()	()	()	()	職 能	()	
()	()	()	()	()	()	()	医 療	()	
()	()	()	()	()	()	()	補 装 具	()	
()	()	()	()	()	()	()	そ の 他	()	
()	()	()	()	()	()	()	計	()	
()	()	()	()	()	()	()	相 談 人 員	()	
()	()	()	()	()	()	()	備 考	()	
()	()	()	()	()	()	()	備 考	()	

身体障害者更生相談所判定件数調

(昭和 年 月 分)

巡回相談実施状況調									
福祉事務所	区分								
	東部	中部	西部	鳥取市	米子市	倉吉市	境港市	合計	備考
実									
施									
年									
月									
日									

合計	その他			生活相談	職業相談			補装具相談	医療相談			区分	福祉事務所別	相談件数	
	計	その他	運賃割引		計	その他	更生資金		計	一般医療	更生医療				診査
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	東部			
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	中部			
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	西部			
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	鳥取市			
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	米子市			
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	倉吉市			
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	境港市			
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	合計			

様式第20号

更生医療給付
交付修理
補装具修 通知書

下記の通り通知します。

昭和 年 月 日

福祉事務所長 ㊟

殿

記

番 号	決定 年月日
決定内容	
製作(修理)所の所在地及び名称又は指定医療機関の所在地名様	
期限(間)	
費用概算額	
本人負担額	支払 期日
備考	

備考 不要の文字は、まつ消すること。

様式第19号

判定依頼書 (送付分)

第 号

年 月 日 福祉事務所長 ㊟

身体障害更生相談所長 殿

下記の者に対する判定を依頼する。

巡回 出頭	身体障害者	氏名	年 月 日生
		住所	
	身体障害者手帳	交付 年月日	番号
	障害名		
	現 職	希望 職業	
	判定依頼事項	1 2 3	
	備 考	予定 月日	

判定通知書

さきに申請のあった について必要がありますから 年
月 日に 相談所に向いて判定を受けて下さい。
なお、当日は本書を持参して提示して下さい。

福祉事務所長 ㊟

殿

備考 (1) 面に案内図を添付すること。

様式第22号

番号

昭和 年 月 日

福祉事務所長 ㊦

指定医療機関開設者 殿

更生医療 期間延長 承認書
内容変更

第 号で申請のあった(氏名)にかかる期間延長について
内容の変更
は下記のとおり承認した。

記

医療券番号 No.	(交付) 年 月 日	(変更) 年 月 日
医療券記載事項	変 更 前	変 更 後
有効期限	年 月 日	年 月 日
入院、入院外の別	入 院 ・ 入 院 外	入 院 ・ 入 院 外
医療費概算額		
概算費内訳		
医療の 具体的方針		
自己負担額		
その他		

註 更生医療券の記載事項を変更する必要なくこの承認通知書を医療券に添付しておくこと。

備考 不要の文字はまつ消すること。

様式第21号

年 月 日

指定医療機関開設者 ㊦

福祉事務所長 殿

更生医療 期間延長 申請書
内容変更

更生医療を実施したところ期間延長する必要があるため
医療の内容を変更

下記の通り申請する。

記

更生医療券番号		医療券 交付期日
診療開始年月日		受療者名 氏名
変更事項		
及び事由		
変更後の 概算額		

私は上記の変更に同意します。

氏 名 ㊦

様式第24号

更生医療 術看護送承認申請書
施看移治療材料

下記の通り 施看移治療材料 術看護送が必要であるから申請します。

居住地
氏名

福祉事務所長 殿

記

更生医療券番号	更生医療券交付年月日
障 害 名	指定医療機関名
必要とする期間	
必要とする理由及び内容	
概 算 額	
指定医療機関	

備考 不要の文字は、まつ消すること。

殿式第23号

番 号

昭和 年 月 日

福祉事務所長 殿

受給者 殿

更生医療 内容変更承認通知書
期間延長

さきに決定された更生医療の給付について下記の通り期間延長が承認されたので通知します。

記

医療券番号 No.	(交付) 年 月 日	(変更) 年 月 日
医療券記載事項	変 更 前	変 更 後
有効期日	年 月 日	年 月 日
入院、入院外の別	入 院 ・ 入 院 外	入 院 ・ 入 院 外
医療費概算額		
自己負担額		
そ の 他		

備考 不要の文字は、まつ消すること。

様式第26号

更生医療 施看移 術護送 (費) 請求書
治療材料

下記の通り請求する。

昭和 年 月 日

居住地

氏名 (本人)

福祉事務所長 殿

記

承認番号		承認月日	
------	--	------	--

請求額	
-----	--

年 月 日	金額	年 月 日	金額	年 月 日	金額
	円		円		円

指定医療機関名

担当医氏名

㊦

施術業者氏名

㊦

備考 (1) 治療材料費を請求するときは、業者の請求書を添付すること。

(2) 不要の文字は、まつ消すること。

様式第25号

更生医療 施看移 術護送 承認通知書
治療材料

番号

年 月 日

福祉事務所長 ㊦

殿

月 日申請のあった 施看移 術護送 治療材料 については下記の通り承認します。

記

承認期間及び回数又は名称及び数量

概算額

その他

備考 (1) 当該指定医療機関に対し写を送付すること。

(2) 不要の文字は、まつ消すること。

様式第30号

更生医療診療報酬審査決定簿

指定医療機関名	援護の実施機関名	医療券番号	年月日	請求提出年月日	審査年月日	決定年月日	請求点数		審査点数		決定部数	審査額と決定額が異なる理由	備
							円	点	円	点			
							円	点	円	点			
							円	点	円	点			
							円	点	円	点			
							円	点	円	点			
							円	点	円	点			
							円	点	円	点			
							円	点	円	点			
							円	点	円	点			

様式第29号

更生医療給付後結果状況調

医療券番号	第 号	交付年月日	年 月 日	入院通院の別	入 院	通 院
氏 名	男 女	明治大正昭和	年 月 日	住所		
医療機関名		転帰	完了	繰越	転医	中止
診療開始年月日	年 月 日	診療閉止年月日	年 月 日			
原傷病名						
原傷病の原因						
医療前の状況	病 状			作業、生活、動作、環境等に及ぼす影響等		
医療後の状況				作業、生活、動作、環境等に及ぼす影響等		
備考						

(註) (1) 医療の繰越中止の場合の状況は医療の概要の欄に記載すること。
(2) 各欄の記載事項は本表に記載される範囲に簡単具体的に記入すること。

様式第32号

補装具 交付 委託 通知書
(修理)

第 号

年 月 日

福祉事務所長 ㊟

委託業者 殿

下記の通り補装具^{交付}を貴^(社)に委託することに決定したので、
被交付者より補装具^{交付}券の提示があったら裏面の処方等により^{作成}
を依頼します。

なお、完成後は適合判定をした結果により受領致します。

記

交付番号	交付月日
交付者氏名	居住地
委託報酬予定額	
自己負担額	支払期日
作成 ^{修理} 完成予定期日	
その他	

備考 不要の文字は、まつ消すること。

様式第31号

更生医療給付対象者通知票

視	聴	言	肢	一	段	戦	傷
福祉事務所名							
氏名				生年月日			
居住地							
身体障害者手帖	有	無	交付年月日				
障害の部位	入院、通院数	手術名	医療費概算額	申請書受理月日			
	入院 日	日					
	通院 日						
給付決定月日	算						
完了予定月日							
判定	完了	継続	判定了	判定見込			

(裏)

備考

1 入所期間

原則として1ケ年ですが必要と認めれば、それ以後も引続いて延長することができますので、退所の1ヶ月前までに申し出て下さい。(法18条第2項の委託によるもののみとする)

2 入所の際、施設の長に本状を示して下さい。

3 その他

本施設への道順(略図)は別紙のとおりです。なお、不明の点がありましたら、直接施設又は居住地の福祉事務所にお問合せ下さい。

様式第39号

入所決定通知書 (表)

あなたは(施設名)に入所できることになりましたので通知します。

入所の条件及び注意事項は下記のとおりですから御承知下さい。

昭和 年 月 日

福祉事務所長 ㊦

更生援護施設長 ㊦

殿

記

入所期日	昭和 年 月 日	入所予定期間	ヶ月
補導科目	①	科	② 科
入所中の費用	公費・自費	諸雑費 食費	円
入所に必要な書類及び身の廻り品			

施設に入所中は、施設の規則、職員の注意をよく守って下さい。

註 当該地方公共団体の設置する当該設に收容し、若しくはそれを利用させる場合は、更生援護施設の長より本人に通知するものとする。

生 活 歴	年 月 日	生活歴 (学歴、傷病歴、職業歴なども含む)		
趣 味				
特 技				
希 望 科 目	1	希望理由		
	2			
	3			
修了後の希望	写真 (昭和 年 月撮影)	ベスト半截写真		

氏	男	入所年月日	年 月 日	期 号					
	女	退所年月日	年 月 日						
名	明・大・昭 年 月 日生 (満才)		最終学歴						
本籍地				昭和 年 月 日交付					
現住所				第 号					
障 害	手帳記 号番号	級 別	級						
		程 度	種						
家 族 の 状 況	氏 名	続柄	年 令	職 業	月 收 入	健 弱	摘 要		
資 産	田山 自 宅	本人	世帯	公保 的 扶 助 社 会 等	生 恩 年 勞 之 他	保 給 金 災 災 他	本人	世帯	負 担 区 分 の 費 用
	住居状況・借家・借間								
保 証 人	氏 名	関 係	職 業	住 所	備 考				
頼 り 得 る 人									
環 境	家 庭 環 境								
	友 人 ・ 知 己 の 関 係								
	土 地 の 産 業								
	風 土 ・ 気 質 ・ 習 慣								
そ の 他									
所轄福祉機関			福祉事務所			福祉司取扱			

態	
度	
動作能力	
検査結果とその解釈	
心理職能判定	

原病			身	身長	cm
傷名				体重	kg
機診能断障害名				胸囲	cm
既往症			体	聴力	右 左
				視力	右 左
家族歴			状	色神	
				ツ反能	
原傷病歴	発生年月日		況	血沈	
	原因	戦争、戦災、労災、交通、天災、災禍、不慮の疾病、その他		言語	
補装具			障	肺活量	
医療に關する希望				その他	
現症					
改善の見込					
備考					

性 行 観 察	性 行	月 日	月 日	月 日	月 日			
	快 活 さ							
	忍 耐 強 さ							
	凡 帳 面 さ							
	素 直 さ							
	勤 勉 さ							
社 交 性								
準 備 訓 練 効 果	細 目	週	週	週	週	週	週	
訓 練 成 績	細 目	月	月	月	月	月	月	
	学 科	専 門 科						
		国 語						
		英 語						
		教 学						
		社 会						
	実 技	衛 生						

總 合 判 定	医学的診断	
	補装具装着訓練	
	職能心理的判定	
定	生活指導訓練	
	処 置	
決定科目		

