

広島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。

平成二十一年三月十九日

広島県知事 藤田雄山

広島県規則第七号

広島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

広島県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（昭和四十五年広島県規則第三十五号）の一
部を次のように改正する。

別記様式第二号を次のように改める。

様式第2号（第4条関係）

申込者（被保険者）告知書

（心身障害者扶養共済制度）

下記の事項は事実に相違ありませんか。

*告知書有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内

告 知 日 フリガナ 申込者氏名	平成 年 月 日 (姓) (名)	性 別 ① 男 ② 女 ③ 昭和 ④ 平成	生 年 月 日 年 月 日
------------------------	---------------------	-----------------------------	------------------

申込者 の 告 知

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。

②過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または難敵して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。

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。

*[はい]の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。

④過去5年以内に、病気やけがで2週間にわたり、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。

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○で囲んだけれど、〔詳細記入欄〕に記入してください。

*[はい]の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。

⑥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]の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。

⑦過去5年以内に、上記①～④に/[はい]の場合は、該当するところを○で囲んだけれど、〔詳細記入欄〕に記入してください。

*[はい]の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。

〔詳細記入欄〕 上記①～④に/[はい]の場合は、該当するところを○で囲んだけれど、〔詳細記入欄〕に記入してください。

*[はい]の場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。

〔はい〕をついた該当番号 ① ○ ② ○ ③ ○ ④ ○

病気やけがの名前・検査名・検査結果

年 月から 年 月 年 月から 年 月

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（手術の名前・部位）

年 月から 年 月 年 月から 年 月

手術の有無（手術の名前・部位）

年 月から 年 月 年 月から 年 月

手術経過

年 月から 年 月 年 月から 年 月

入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名

年 月から 年 月 年 月から 年 月

〔※1〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※2〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※3〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※4〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※5〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※6〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※7〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※8〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※9〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※10〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※11〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※12〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※13〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※14〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※15〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※16〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※17〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※18〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※19〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※20〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※21〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※22〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※23〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※24〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※25〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※26〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※27〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※28〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

〔※29〕〔高血圧症の場合は記入してください〕

〔※30〕〔糖尿病の場合は記入してください〕

フリガナ 心身障害者氏名	(姓) (名)	性 別 ① 男 ② 女 ③ 昭和 ④ 平成	生 年 月 日 年 月 日
-----------------	---------	-----------------------------	------------------

障害の種類 ・ 程度	① 知的障害 ② 身体障害 ③ 精神障害 ④ その他	① A ② B ① 1級 ② 2級 ③ 3級 ① 1級 ② 2級 ① その他	申込者の 心身障害者との親類 ① 兄弟姉妹 ② 兄弟姉妹 ③ 兄の他の家族
------------------	-------------------------------------	---	---

以外の場合はその理由

注 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

別記様式第十号を次のように改める。

様式第10号 (第8条関係)

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ったもの 7.1下肢を足関節以上で失ったもの 8.両上肢の用を全く永久に失ったもの 9.両下肢の用を全く永久に失ったもの 10.10手指を失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 11.両耳の聴力を全く永久に失ったもの				
4. 傷病名				
11. 退院日 年月日				
5. ④の原因				
(医師推定) (患者申告)				
6. 障害の部位				
12. 終診日 年月日				
7. 今回の受傷 →部位と障害内容 有 以前に受けた身体障害 無				
13. 前医 有 住所:氏名 無				
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			
右 眼	()	左 眼	()	その理由 ()
				検査(計測)日 年月日
16. 听力障害	周波数 500Hz 1000Hz 2000Hz			
右 () dB 左 () dB	a. 集音レベル () dB	b. 听力損失 () dB	17. (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. かゆまちはこれに付する程度の飲食物であれば食べられる C. 水飴食しか摂取できない	
			検査(計測)日 年月日	
18. 言語機能の障害	(該当する項目に○印をしてください)			
A. 言語機能のそう失(音声による意志の疎通が全くできない) B. 言語機能の新しい障害(身振り、書字その他の補助動作がなくしては音声による意志の疎通が困難である) C. 言語機能の障害(簡単な単語の発話により意志の疎通がかろうじて可能) D. その他	(該当する項目に○印をしてください)			
A. こう頭てき出 (1.全部 2.一部) B. 中枢性失語症 C. 積音障害 (1.口唇音 2.齒舌音 3.口蓋音 4.こう頭音) ※完全不能な場合には○印をお願いします d. その他 () 検査(計測)日 年月日				

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。											
	  											
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	※					
	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 (-)	屈曲度 (-)				
	近位指節間関節	()	()	()	()	()	()	()				
	中段指節間関節	()	()	()	()	()	()	()				
	左 手指・足指	伸展度 (-)	屈曲度 (-)	伸展度 (-)	屈曲度 (-)	伸展度 (-)	屈曲度 (-)	屈曲度 (-)				
遠位指節間関節	()	()	()	()	()	()	()					
近位指節間関節	()	()	()	()	()	()	()					
中段指節間関節	()	()	()	()	()	()	()					
21. 四肢関節の運動障害(自動運動範囲)	部位	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			
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判定についての意見												
<table border="1"> <tr> <td>上記の障害状態を診断された日 年月日</td> </tr> <tr> <td>症状の発現時期 年月日</td> </tr> </table>										上記の障害状態を診断された日 年月日	症状の発現時期 年月日	
上記の障害状態を診断された日 年月日												
症状の発現時期 年月日												
年月日												
上記のとおり診断します。												
<table border="1"> <tr> <td>所在地</td> </tr> <tr> <td>病院又は診療所等の名称</td> </tr> <tr> <td>医師氏名</td> </tr> </table>										所在地	病院又は診療所等の名称	医師氏名
所在地												
病院又は診療所等の名称												
医師氏名												
年月日												

注 用紙の大きさは、日本工業規格A列3とする。

別記様式第一二三号を次のように改める。

年金証書番号

年金受給権者現況報告書

年金受給権者 住所	氏名	男 女	生年月日	明 大 昭 平	年 月 日
				年 金 管 理 者 の 有 無	
1 有	(1) 父 (2) 母 (3) 祖父母 (4) 兄弟姉妹 (5) その他の親族 (6) その他 ()	2 無			

上記のとおり、報告します。

平成 年 月 日 住 所 氏 名 (印)

広島県知事 様

添付書類 年金受給権者の戸籍の抄本又は住民票の写し(ただし、知事が住民基本台帳法

第30条の8第1項第2号の規定により当該年金受給権者に係る本人確認情報を利用でき
るときは、不要とする。)

注 1 該当のものを○で囲むこと。

2 用紙の大きさは、日本工業規格 A列4とする。

この規則は、平成二十一年四月一日から施行する。

附 則