



# 山形県公報

平成18年9月30日(土)

号 外(37)

## 目 次

### 規 則

山形県知的障害者福祉法の施行に関する規則を廃止する規則.....	( 障害福祉課 ) ... 1
山形県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則.....	( 同 ) ... 同
山形県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則.....	( 同 ) ... 14
山形県立総合療育訓練センター管理規則の一部を改正する規則.....	( 同 ) ... 40
山形県身体障害者福祉法の施行に関する規則の一部を改正する規則.....	( 同 ) ... 41
山形県障害者自立支援法の施行に関する規則の一部を改正する規則.....	( 同 ) ... 同

## 規 則

山形県知的障害者福祉法の施行に関する規則を廃止する規則をここに公布する。

平成18年9月30日

山形県知事 齋 藤 弘

山形県規則第106号

山形県知的障害者福祉法の施行に関する規則を廃止する規則

山形県知的障害者福祉法の施行に関する規則(昭和62年3月県規則第26号)は、廃止する。

附 則

( 施行期日 )

1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。

( 知事の権限に属する事務の委任に関する規則の一部改正 )

2 知事の権限に属する事務の委任に関する規則(昭和41年9月県規則第70号)の一部を次のように改正する。

第15条中第2号を第3号とし、第1号を第2号とし、同号の前に次の1号を加える。

(1) 知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)による次の事項

イ 第11条第1項第1号の規定による市町村相互間の連絡調整等に関する事(知的障害者更生相談所の所管に係るものを除く。)

ロ 第11条第1項第2号イの規定による知的障害者の福祉に関する実情の把握に関する事

別表総合支庁長の項委任事項の欄中第3項を削り、第4項を第3項とし、第5項から第11項までを1項ずつ繰り上げる。

山形県児童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18年9月30日

山形県知事 齋 藤 弘

山形県規則第107号

山形県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

山形県児童福祉法施行細則(昭和42年3月県規則第11号)の一部を次のように改正する。

第2条第1項第12号及び第2項第7号中「第56条第9項」を「第56条第8項」に改める。

第2条の2中「第21条の9の6」を「第21条の5」に改める。

第3条第1項中第19号を第28号とし、第12号から第18号までを9号ずつ繰り下げ、同項第11号中「障害児相談支援事業等の」を「児童自立生活援助事業の」に、「障害児相談支援事業等(休)止届出書」を「児童自立生活援助事業等(休)止届出書」に改め、同号を同項第20号とし、同項第10号中「障害児相談支援事業等の」を「児童自

立生活援助事業の」に、「障害児相談支援事業等変更届出書」を「児童自立生活援助事業変更届出書」に改め、同号を同項第19号とし、同項第9号中「障害児相談支援事業等の」を「児童自立生活援助事業の」に、「障害児相談支援事業等開始届出書」を「児童自立生活援助事業開始届出書」に改め、同号を同項第18号とし、同項第5号から第8号までを9号ずつ繰り下げ、同項第4号の次に次の9号を加える。

- (5) 法第24条の3第1項の規定による障害児施設給付費及び省令第25条の19第1項の規定による特定入所障害児食費等給付費の支給の申請 障害児施設給付費兼特定入所障害児食費等給付費支給申請書(別記様式第4号の2)
- (6) 省令第25条の7第7項の規定による障害児施設給付費の支給に係る申請事項の変更の届出 障害児施設給付費支給変更届出書(別記様式第4号の3)
- (7) 法第24条の3第6項の規定による施設受給者証 障害児施設受給者証(別記様式第4号の4)
- (8) 省令第25条の7第9項の規定による施設受給者証の再交付の申請 障害児施設受給者証再交付申請書(別記様式第4号の5)
- (9) 省令第25条の17第1項の規定による高額障害児施設給付費の支給の申請 高額障害児施設給付費支給申請書(別記様式第4号の6)
- (10) 法第24条の9第1項の規定による指定知的障害児施設等の指定の申請 指定知的障害児施設等指定(更新)申請書(別記様式第4号の7)
- (11) 法第24条の10第1項の規定による指定知的障害児施設等の指定の更新の申請 前号に規定する様式
- (12) 法第24条の13の規定による指定知的障害児施設等の指定に係る申請事項の変更の届出 指定知的障害児施設等変更届出書(別記様式第4号の8)
- (13) 法第24条の14の規定による指定知的障害児施設等の指定の辞退の届出 指定知的障害児施設等辞退届出書(別記様式第4号の9)

第3条第2項第2号中「前項第6号」を「前項第15号」に改める。

第5条第1項第1号中「第21条の9第1項」を「第20条第1項」に改め、同条第3項第1号中「第21条の9第1項」を「第20条第1項」に、「第21条の9の6」を「第21条の5」に改める。

第6条中「第21条の9第1項、第21条の9の6」を「第20条第1項、第21条の5」に改める。

別表第1の備考第2項及び第3項中「第21条の9第1項」を「第20条第1項」に改める。

別表第4の備考第3項中「第21条の9の6」を「第21条の5」に改める。

別記様式第4号の次に次の8様式を加える。

## 様式第4号の2

(表)

## 障害児施設給付費兼特定入所障害児食費等給付費支給申請書

年 月 日

山形県知事 殿

次のとおり、障害児施設給付費(特定入所障害児食費等給付費)の支給を申請します。

申請者	ふりがな 氏名 (記名押印又は署名)		生年月日	年 月 日
	居住地	〒		
			電話番号	
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	申請に係る 障害児の氏名		申請者との 続柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号

## 利用する指定知的障害児施設等の種類及び申請に係る具体的内容

種類	指定知的障害児施設	指定第1種自閉症児施設	指定第2種自閉症児施設
	指定知的障害児通園施設	指定盲児施設	指定ろうあ児施設
	指定難聴幼児通園施設	指定肢体不自由児施設 (入所・通所)	指定肢体不自由児療護施設
	指定肢体不自由児通園施設	指定重症心身障害児施設	指定医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児)
具体的な内容			

(注)「具体的な内容」の欄は、利用しようとする施設の名称及び利用を予定する期間並びに現在利用している障害福祉サービス等を記入してください。

(裏)

負担上限月額及び特定入所障害児食費等給付費に関する事項	1 負担上限月額及び特定入所障害児食費等給付費に関する認定 申請者の収入等について、次のいずれかに該当する場合は、該当する番号に をつけてください。 (1) 生活保護受給世帯 (2) 市町村民税非課税世帯に属する者であつて、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの (3) 市町村民税非課税世帯に属する者であつて、(2)以外のもの (4) 申請者及び申請者と同一の世帯に属する者の市町村民税の所得割の額の合算が、2万円未満である者で(1)から(3)まで以外のもの	
	2 個別減免・医療型個別減免に関する認定 次の(1)、(2)のいずれかに該当する場合は、該当する番号に をつけてください。 (1) 施設を利用する者が20歳以上の場合 (次に掲げる要件を満たすこと) イ 施設入所者又は医療型施設入所者であること。 (年齢 才) ロ 市町村民税非課税世帯の者であること。 ハ 一定の資産を有していないこと。 (イ) 預貯金等の額が350万円以下であること。 (ロ) 不動産(親族等が現に居住する不動産を除く。)を所有していないこと。	

申請書提出者	申請者本人 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)		
ふりがな		申請者	
氏名		との関係	
住所	〒		
	電話番号		
保険者名及び番号		被保険者証の記号及び番号	

- (注) 1 「施設入所者」とは、障害児施設給付費の給付の対象となる施設に入所する者であること。  
 2 「医療型施設入所者」とは、障害児施設給付費及び障害児施設医療費の給付の対象となる施設に入所する者であること。  
 3 「保険者名及び番号」の欄及び「被保険者証の記号及び番号」の欄は、障害児施設医療を受けようとする場合に記入してください。  
 4 負担上限月額及び食費等を負担することにより、生活保護の対象となる場合は、福祉事務所が交付する境界層対象者証明書を添付してください。

様式第4号の3

障害児施設給付費支給変更届出書

年 月 日

山形県知事 殿

次のとおり、障害児施設給付費の支給の申請事項の変更を届け出ます。

届 出 者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名 (記名押印又は署名)		受給者証番号	
	居住地	〒	電話番号	
	ふりがな		生年月日	年 月 日
	届出申請に係る 障害児氏名		届出者との続柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号
変更の内容及び理由				

負 担 上 限 月 額 の 支 給 に 関 する 事 項	1 負担上限月額に関する認定 届出者の収入等について、次のいずれかに該当する場合は、該当する番号に をつけてください。 (1) 生活保護受給世帯 (2) 市町村民税非課税世帯に属する者であつて、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの (3) 市町村民税非課税世帯に属する者であつて、(2)以外のもの (4) 届出者及び届出者同一の世帯に属する者の市町村民税の所得割の額の合算が、2万円未満である者で、(1)から(3)まで以外のもの	
	2 個別減免・医療型個別減免に関する認定 次の(1)、(2)のいずれかに該当する場合は、該当する番号に をつけてください。	
	(1) 施設を利用する者が20歳以上の場合 (次に掲げる要件を満たすこと) イ 施設入所者又は医療型施設入所者であること。 (年齢 才) ロ 市町村民税非課税世帯の者であること。 ハ 一定の資産を有していないこと。 (イ) 預貯金等の額が350万円以下であること。 (ロ) 不動産(親族等が現に居住する不動産を除く。)を所有していないこと。	(2) 施設を利用する者が20歳未満の場合  医療型施設入所者であること。 (年齢 才)

届出書提出者	届出者本人 届出者本人以外(下の欄に記入してください。)		
ふりがな		届出者	
氏名		との関係	
住所	〒	電話番号	

- (注) 1 「施設入所者」とは、障害児施設給付費の給付の対象となる施設に入所する者であること。  
 2 「医療型施設入所者」とは、障害児施設給付費及び障害児施設医療費の給付の対象となる施設に入所する者であること。  
 3 負担上限月額及び食費等を負担することにより、生活保護の対象となる場合は、福祉事務所が交付する境界層対象者証明書を添付してください。

様式第4号の4

(表)

(1)		(2)		(3)	
障害児施設受給者証		施設給付決定の内容		指定知的障害児施設等の記入欄	
受給者証番号		施設の種類及び内容		指定知的障害児施設等の名称	
居住地		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	入所日	年 月 日
ふりがな		指定入所障害児食費等給付費の支給内容		退所日	年 月 日
氏名		支給額		入所日	年 月 日
生年月日		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	退所日	年 月 日
ふりがな		利用者負担に関する事項		入所日	年 月 日
氏名		利用者負担割合(原則)	1割 負担上限月額	退所日	年 月 日
生年月日		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	入所日	年 月 日
交付年月日		社会福祉法人等による軽減措置の適用		退所日	年 月 日
		軽減適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
支給決定	山形県	特記事項			
				(予備欄)	

(感)

(4) 注意事項欄	(5) 注意事項欄
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持つていただく。</p> <p>2 指定施設支便を受けようとするときは、必ずこの証を指定施設に提示してください。</p> <p>3 指定施設支便を受けるときに支払う金額は、指定施設支便に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の1割です。ただし、この証の2面(上限月額)に記載された金額が1月当たりの上限になります。(各種減免の認定を受けた場合には、減免後の額が表示されています。)</p> <p>また、食事及び居住に要する費用については、指定入所障害児食費等給付費欄に記載する額を1日当たりの上限として支給します。</p> <p>4 食料上限月額及び指定入所障害児食費等給付費については、毎年施設給付決定届書の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を、この証を交付した児童相談所(以下「児童相談所」)に提出してください。</p> <p>5 給付決定期間を経過したときは、障害児施設給付費の支便を受けられませんが、給付決定期間を経過する前に児童相談所にこの証を添えて、障害児施設給付費の支給の再申請に係る書類を提出してください。</p> <p>6 この証の1又は2面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、児童相談所に届出書を提出してください。</p>	<p>7 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、児童相談所に御連絡、御相談ください。</p> <p>また、給付決定期間内に、他の都道府県等の区域に居住地を移したときは、14日以内にこの証を児童相談所に提出してください。</p> <p>8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。</p> <p>また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに児童相談所に返却してください。</p> <p>9 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を児童相談所に返却してください。</p> <p>10 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰される可能性があります。</p> <p>11 施設給付決定の内容(欄)に記載されていない指定施設支便については、障害児施設給付費の支便は受けられません。</p>

様式第4号の5

## 障害児施設受給者証再交付申請書

年 月 日

山形県知事 殿

次のとおり、障害児施設受給者証の再交付について申請します。

ふりがな 申請者 (記名押印又は署名)		生年月日	年 月 日
居住地	〒  電話番号		
ふりがな 申請に係る 障害児氏名		申請者との続柄	
支援の内容		生年月日	年 月 日
申請の理由		受給者証番号	

申請書提出者	申請者本人 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)		
ふりがな 氏名		申請者 との関係	
住所	〒  電話番号		

(注) 受給者証を破り、又は汚した場合は、その証を添付してください。



様式第4号の6

高額障害児施設給付費支給申請書

山形県知事 殿

年 月 日

次のとおり、高額障害児施設給付費の支給を申請します。

ふりがな		制 度	受給者証番号又は被保険者証番号																	
申請者氏名 (記名押印又は署名)																				
生 年 月 日	年 月 日																			
居 住 地	〒																			
	電話番号																			
ふりがな			申請者との続柄																	
申請に係る 障害児氏名			生 年 月 日		年 月 日															
申請者に係る利用者負担世帯合算額						申請に係るサービス利用月		年 月分												
申請者に係る施設給付決定保護者利用者負担合算額																				
他の同一の世帯に属する 支給決定障害者等	氏 名		生 年 月 日		制 度		受給者証番号又は被保険者証番号													

- (注) 1 各サービスによつて支払つた額を証する領収書を添付してください。  
 2 申請者と同一の世帯の他の支給決定障害者等の全員分の申請書を併せて提出してください。  
 3 「制度」の欄には、障害者自立支援法、児童福祉法、介護保険法の別を記入してください。

高額障害児施設給付費を次の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目		口座番号													
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金															
					2 当座預金															
					3 その他															
	ふりがな																			
	口座名義人																			

申請書提出者	申請者本人		申請者本人以外（下の欄に記入してください。）																
ふりがな			申請者との関係																
氏 名																			
住 所	〒																		
	電話番号																		

様式第4号の7

(表)  
指定知的障害児施設等指定(更新)申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 主たる事務所の所在地  
(設置者) 名称  
代表者氏名 印

指定知的障害児施設等の指定を受けたいので児童福祉法第24条の9第1項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

申請者(設置者)	ふりがな			
	名 称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号) 県 郡・市		
	法人種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号	ファックス番号	
	代表者の職・氏名	職 名	ふりがな	氏 名
指定を受けようとする施設	代表者の住所	(郵便番号) 県 郡・市		
	ふりがな			
	施設の名称			
	施設の所在地	(郵便番号) 山形県 郡・市		
	施設の種 類	指定申請する施設の事業開始予定年月日		
		年 月 日		

- (注) 1 「法人種別」の欄は、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記入してください。
- 2 「法人所轄庁」の欄は、申請者が主務官庁から認可を受けて設立した法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 3 この申請には、次に掲げる書類を添付してください。
- (1) 設置者の定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等の写し
  - (2) 障害児施設医療を提供する場合は、医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であることを証する書類
  - (3) 建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要がわかる書類
  - (4) 利用者の推定数がわかる書類
  - (5) 施設の管理者の氏名、経歴及び住所がわかる書類
  - (6) 運営規程の写し
  - (7) 障害児又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要がわかる書類
  - (8) 当該申請に係る事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態がわかる書類
  - (9) 当該申請に係る資産の状況がわかる書類
  - (10) 当該申請に係る事業に係る障害児施設給付費及び障害児施設医療費の請求に関する事項がわかる書類



様式第4号の8

## 指定知的障害児施設等変更届出書

年 月 日

山形県知事 殿

所在地  
 設置者 名称  
 代表者氏名 印

下記のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、児童福祉法第24条の13の規定により届け出ます。

## 記

申請事項を変更した施設		名 称
		所 在 地
		施 設 の 種 類
変更があつた事項		変更の内容
1	施設の名称	(変更前)
2	施設の所在地(設置の場所)	
3	設置者の名称及び主たる事務所の所在地	
4	代表者の氏名及び住所	
5	定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (当該指定に係る事業に関するものに限る。)	
6	医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であることを証する書類	
7	建物の構造概要及び平面図並びに設備の概要	(変更後)
8	施設の管理者の氏名、経歴及び住所	
9	運営規程	
10	当該申請に係る事業に係る障害児施設給付費及び障害児施設医療費の請求に関する事項	
変 更 年 月 日		年 月 日

- (注) 1 変更があつた項目の番号に をつけてください。  
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。  
 3 変更があつた日から10日以内に届け出てください。

様式第4号の9

指定知的障害児施設等辞退申出書

年 月 日

山形県知事 殿

所在地  
申出者 名称  
代表者氏名 印

下記のとおり指定知的障害児施設等の指定を辞退したいので、児童福祉法第24条の14の規定により申し出ます。

記

指定を辞退する施設	名 称	
	所 在 地	
指 定 年 月 日		年 月 日
指 定 を 辞 退 し よ う と す る 年 月 日		年 月 日
指 定 を 辞 退 す る 理 由		
現に施設に入所している者に対する措置		

(注) 指定を辞退しようとする日の3箇月前までに申し出てください。

別記様式第6号の4中「障害児相談支援事業等開始届出書」を「児童自立生活援助事業開始届出書」に、「障害児相談支援事業等を」を「児童自立生活援助事業を」に改め、同様式の注書第2項を削り、同注書の項番号を削る。

別記様式第6号の5中「障害児相談支援事業等変更届出書」を「児童自立生活援助事業変更届出書」に、「障害児相談支援事業等の」を「児童自立生活援助事業の」に改める。

別記様式第6号の6中「障害児相談支援事業等廃(休)止届出書」を「児童自立生活援助事業廃(休)止届出書」に、「障害児相談支援事業等を」を「児童自立生活援助事業を」に改める。

別記様式第16号中「第21条の9第1項(第21条の9の6)」を「第20条第1項(第21条の5)」に改める。

#### 附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。

(知事の権限に属する事務の委任に関する規則の一部改正)

2 知事の権限に属する事務の委任に関する規則(昭和41年9月県規則第70号)の一部を次のように改正する。

別表児童相談所長の項委任事項の欄第1項第1号ヲ及び総合支庁長の項委任事項の欄第4項第1号ト中「第56条第9項」を「第56条第8項」に改める。

山形県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年9月30日

山形県知事 齋 藤 弘

#### 山形県規則第108号

山形県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則

山形県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則(昭和55年4月県規則第16号)の一部を次のように改正する。

第3条の見出し中「精神病院」を「精神科病院」に改める。

第5条中「精神病院又は」を「精神科病院又は」に、「県立精神病院等」を「県立精神科病院等」に改める。

第7条及び第10条中「県立精神病院等」を「県立精神科病院等」に改める。

第18条第1項及び第2項中「同条第4項」を「同条第7項」に改め、同条第4項中「第33条第1項」を「第33条第1項及び第4項後段(同条第1項に規定する場合に係るものに限る。)」に改め、同項を同条第5項とし、同条第3項中「第33条第4項」を「第33条第7項」に改め、同項を同条第4項とし、同条第2項の次に次の1項を加える。

3 法第33条第4項後段の規定による措置に係る同条第7項の規定による届出は、別記様式第20号の3による届出書を提出して行うものとする。

第20条を次のように改める。

(応急入院)

第20条 法第33条の4第1項の規定による措置に係る同条第5項の規定による届出は、別記様式第23号による届出書を提出して行うものとする。

2 法第33条の4第2項後段の規定による措置に係る同条第5項の規定による届出は、別記様式第23号の2による届出書を提出して行うものとする。

第20条の2第1項中「別記様式第23号の5」を「別記様式第23号の3」に改め、同条第2項中「別記様式第23号の6」を「別記様式第23号の4」に改める。

第22条中「県立精神病院等」を「県立精神科病院等」に改める。

第22条の2中「別記様式第16号」を「別記様式第25号の2」に改める。

第22条の3中「別記様式第25号の2」を「別記様式第25号の2の2」に改める。

第22条の7中「別記様式第19号の2」を「別記様式第25号の5」に改める。

第23条を次のように改める。

#### 第23条 削除

第24条第1号中「同条第4項」を「同条第7項」に改める。

第25条中「、第13条第2項及び第23条」を「及び第13条第2項」に改める。

別記様式第12号(表)を次のように改める。

様式第12号

(表)

年 月 日

山形県知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

## 措置入院者症状消退届出書

次の措置入院について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 生 (満 歳)	
	氏名	(男・女)				
	住所					
保 護 者	フリガナ			続柄	生年月日	年 月 日 生 (満 歳)
	氏名	(男・女)				
	住所					
	フリガナ			続柄	生年月日	年 月 日 生 (満 歳)
氏名	(男・女)					
	住所					
措置年月日	年 月 日					
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症			
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )				
入院以降の病状又は状態像の経過 (措置症状消退と関連して記載すること。)						
措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名	署名					
措置解除後の処置に関する意見	1 入院継続(任意入院・医療保護入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他( )					
退院後の帰宅先	1 自宅(i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他( )					
帰宅先の住所						
訪問指導等に関する意見						
障害福祉サービス等の活用に関する意見						
主治医氏名						

別記様式第20号及び別記様式第20号の2を次のように改める。  
様式第20号

(表)

年 月 日

山形県知事 殿

病 院 名  
所 在 地  
管 理 者 名 印

医療保護入院者(第33条第1項)入院届出書

次の者が医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により、同意書を添えて届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			生年	年	月	日生
	氏名	(男・女)		月日			(満 歳)
	住所						
保護者の同意により入院した年月日	年 月 日			今回の入院年月日	年 月 日		
				入院形態			
第34条による移送の有無	あり			なし			
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症				
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )					
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。) (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)	(陳述者氏名 続柄 )						
初回入院期間	年 月 日 ~			年 月 日			
	(入院形態 )						
前回入院期間	年 月 日 ~			年 月 日			
	(入院形態 )						
初回から前回までの入院回数	計 回						
現在の精神症状	意識						
	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他( )						
	知能(軽度障害、中等度障害、重度障害)						
	記憶						
	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他( )						
	知覚						
	1 幻聴 2 幻視 3 その他( )						



	<p>思考</p> <p>1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他( )</p> <p>感情・情動</p> <p>1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他( )</p> <p>意欲</p> <p>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他( )</p> <p>自我意識</p> <p>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他( )</p> <p>食行動</p> <p>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他( )</p> <p>その他の重要な症状</p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存( ) 4 その他( )</p> <p>問題行動等</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他( )</p> <p>現在の状態像</p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他( )</p>
--	---

医療保護入院の  
必要性

〔患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。〕

入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	署名			
保 護 者	氏 名	(男・女)	続柄	年 月 日生
		(男・女)	続柄	年 月 日生
	住 所			
<p>1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日) 5 その他( )</p>				

審 査 会 意 見	
県 の 措 置	

## (裏)

## 記載上の留意事項

- 1  内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「法」という。)第34条の規定による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はないこと。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること(法第33条第2項の規定に基づく入院又は法第33条の4第2項の規定に基づく特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載すること)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること(法第33条第2項又は同項に規定する場合における同条第4項後段による入院の場合は、入院した年月日も併せて記載すること)。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴も聴取して記載すること。
- 4 初回及び前回入院期間の欄は、他の病院での入院歴及び入院形態も聴取して記載すること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近の症状等に重点を置くこと。
- 6 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 7 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 8 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を で囲むこと。

様式第20号の2

(表)

年 月 日

山形県 保健所長 殿

病院名  
所在地  
管理者名 印

医療保護入院者（第33条第2項）入院届出書

次の者が医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により同意書を添えて届け出ます。なお、保護者が選任されたときは、改めて同項の規定により届け出ます。

入 院 者	フリガナ			生年月日	年 月 日 （満 歳）
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
第33条第2項の入院年月日	年 月 日	今回の入院年月日		年 月 日	
		入 院 形 態			
第34条による移送の有無	あり 無し				
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリ-( )	ICDカテゴリ-( )			
医療保護入院の 必 要 性	<p>（患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。）</p> <p>（特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。）</p>				
病状又は状態像の概要					
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	署名				
同 意 者	氏 名	(男・女)	続柄	生年 月日	年 月 日 生
	住 所				
家庭裁判所への申請日 (予定日を含む)	年 月 日				

## (裏)

## 記載上の留意事項

- 1  内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条の規定による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はないこと。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること(特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載すること)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

別記様式第20号の2の次に次の2様式を加える。  
様式第20号の3（その1）

（表）

年 月 日

山形県知事 殿

病 院 名  
所 在 地  
管 理 者 名 印

特定医師による医療保護入院者（第33条第1項）入院届出書及び記録

次の者が特定医師の診察により医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により同意書を添えて届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
保護者の同意により 入院した年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日	年 月 日		
		入 院 形 態			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )			
生活歴及び現病歴	(推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。) ( 陳述者氏名 続柄 )				
初 回 入 院 期 間	年 月 日 ~		年 月 日		
前 回 入 院 期 間	年 月 日 ~		年 月 日		
初回から前回までの 入 院 回 数	計 回				
現在の精神症状	意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他( ) 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害) 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他( ) 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他( )				

その他の重要な症状  問題行動等 現在の状態像	思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他( ) 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他( ) 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他( ) 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他( ) 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他( ) 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存( ) 4 その他( ) 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他( ) 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他( )
----------------------------------	--

医療保護入院の  
必要性

〔患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。〕

入院を必要と認めた 特定医師氏名	署名		
確認した 精神保健指定医氏名	署名	診察 日時	年 月 日 (午前・午後 時)
精神保健指定医が 入院妥当でないと 判断した場合の理由			
保 護 者	氏 名	(男・女) 続柄	生 年 月 日 年 月 日生
		(男・女) 続柄	年 月 日生
	住 所		
	1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者 4 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日) 5 その他( )		

事後審査委員会意見	
-----------	--

## （裏）

## 記載上の留意事項

- 1  内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項の規定に基づく入院又は同法第33条の4第2項の規定に基づく特定医師による入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載すること）。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他の病院での受診歴も聴取して記載すること。
- 4 初回及び前回入院期間の欄は、他の病院での入院歴及び入院形態も聴取して記載すること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近の症状等に重点を置くこと。
- 6 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 7 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 9 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 10 事後審査委員会意見は記録の場合について記載すること。
- 11 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を  で囲むこと。

様式第20号の3(その2)

(表)

年 月 日

山形県知事 殿

病院名  
所在地  
管理者名 印

特定医師による医療保護入院者(第33条第2項)入院届出書及び記録

次の者が特定医師の診察により医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第7項の規定により同意書を添えて届け出ます。なお、保護者が選任されたときは、改めて同項の規定により届け出ます。

入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
第33条第2項・第4項の 入院年月日	年 月 日 (午前・午後 時)	今回の入院年月日		年 月 日	
		入院形態			
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )			
生活歴及び現病歴	(推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。) ( 陳述者氏名 続柄 )				
初回入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態 )				
前回入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態 )				
初回から前回までの 入院回数	計 回				
現在の精神症状	意識				
	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他( ) 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害)				
	記憶				
	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他( )				
	知覚				
	1 幻聴 2 幻視 3 その他( )				



その他の重要な症状 問題行動等 現在の状態像	思考	1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他( )
	感情・情動	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他( )
	意欲	1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他( )
	自我意識	1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他( )
	食行動	1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他( )
		1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存( ) 4 その他( )
		1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他( )
		1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他( )

医療保護入院の  
必要性

(患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。)

入院を必要と認めた 特定医師氏名	署名		
確認した 精神保健指定医氏名	署名	診察 日時	年 月 日 (午前・午後 時)
精神保健指定医が 入院妥当でないと 判断した場合の理由			
同意者	氏名	(男・女)	続柄 生年月日 年 月 日生
	住所		
家庭裁判所への申請日 (予定日を含む)	年 月 日		

事後審査委員会意見	
-----------	--

(裏)

記載上の留意事項

- 1  内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること(特定医師による入院を含む。その場合は「第33条の4第2項入院」と記載すること)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること。

- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴も聴取して記載すること。
- 4 初回及び前回入院期間の欄は、他の病院での入院歴及び入院形態も聴取して記載すること。
- 5 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近の症状等に重点を置くこと。
- 6 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 7 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 事後審査委員会意見は記録の場合について記載すること。
- 9 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を で囲むこと。

別記様式第21号中「精神病院管理者」を「精神科病院管理者」に改める。  
 別記様式第22号から別記様式第23号の4までを次のように改める。

様式第22号

(表)

年 月 日

山形県 保健所長 殿

病院名  
 所在地  
 管理者名 印

医療保護入院者退院届出書

次の医療保護入院者が退院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)	
	氏 名	(男・女)				
	住 所					
保 護 者	フリガナ			続柄	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)				
	住 所					
	フリガナ			続柄	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)				
住 所						
入 院 年 月 日 ( 医 療 保 護 入 院 )	年 月 日					
退 院 年 月 日	年 月 日					
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症			
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )				
退 院 後 の 処 置	1 入院継続(任意入院・措置入院・他科) 2 通院医療 3 転医 4 死亡 5 その他( )					
退 院 後 の 帰 住 先	1 自宅(i 家族と同居、ii 単身) 2 施設 3 その他( )					
帰 住 先 の 住 所						
訪 問 指 導 等 に 関 す る 意 見						
障 害 福 祉 サ ー ビ ス 等 の 活 用 に 関 す る 意 見						
主 治 医 氏 名						

(裏)

記載上の留意事項

- 1 入院年月日の欄は、医療保護入院の年月日(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第2項又は同項に規定する場合における同条第4項後段の規定による入院を経た場合にあつては、その入院年月日)を記載すること。
- 2 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 3 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 4 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を で囲むこと。

様式第23号

(表)

年 月 日

山形県知事 殿

病院名

所在地

管理者名

印

## 応急入院(第33条の4第1項)届出書

次の者が応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ			生年月日	年 月 日 日生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
依 頼 を し た 者 の 入 院 者 と の 関 係					
入 院 年 月 日	年 月 日(午前・午後 時)				
第34条による移送の有無	あり なし				
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )			
応 急 入 院 の 必 要 性	<p>(患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態ないと判断した理由について記載すること。)</p> <p>(特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)</p>				
病状または状態像の概要					
応急入院を採った理由	<p>(保護者等の同意を得ることのできなかつた理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。)</p>				
入院を必要と認めた 精神保健指定医氏名	署名				

(裏)

記載上の留意事項

- 1  内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。ただし、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第34条の規定による移送が行われた場合は、この欄は、記載する必要はないこと。
- 2 入院を必要と認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。

様式第23号の2

(表)

年 月 日

山形県知事 殿

病院名  
所在地  
管理者名 印

特定医師による応急入院（第33条の4第2項）届出書及び記録

次の者が特定医師の診察により応急入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の4第5項の規定により届け出ます。

応 急 入 院 者	フリガナ			生年月日	年 月 日 生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
依 頼 を し た 者 の 入 院 者 と の 関 係					
入 院 年 月 日	年 月 日 (午前・午後 時)				
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )			
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄 )				
応急入院の必要性 (患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。)					
初 回 入 院 期 間	年 月 日 ~		年 月 日		
前 回 入 院 期 間	年 月 日 ~		年 月 日		
初回から前回までの入院回数	計 回				
現在の精神症状	意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他( ) 知能(軽度障害、中等度障害、重度障害) 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他( ) 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他( )				

	<p>思考</p> <p>1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸</p> <p>6 思考制止 7 強迫観念 8 その他( )</p> <p>感情・情動</p> <p>1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁</p> <p>5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他( )</p> <p>意欲</p> <p>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止</p> <p>6 無為・無関心 7 その他( )</p> <p>自我意識</p> <p>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他( )</p> <p>食行動</p> <p>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他( )</p>
その他の重要な症状	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存( ) 4 その他( )
問題行動等	1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他( )
現在の状態像	1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他( )

応急入院を採った理由 (保護者等の同意を得ることのできなかった理由を含め、応急入院を採った理由について記載すること。) 			
入院を必要と認めた特定医師氏名	署名		
確認した精神保健指定医氏名	署名	診察日時	年 月 日 (午前・午後 時)
精神保健指定医が入院妥当でないと判断した場合の理由			

事後審査委員会意見			
-----------	--	--	--

(裏)

記載上の留意事項

- 1  内は、特定医師の診察に基づいて記載すること。
- 2 生活歴及び現病歴の欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴も聴取して記載すること。
- 3 初回及び前回入院期間の欄は、他の病院での入院歴及び入院形態も聴取して記載すること。
- 4 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近の症状等に重点を置くこと。
- 5 入院を必要と認めた特定医師氏名の欄は、特定医師自身が署名すること。
- 6 確認した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 7 事後審査委員会意見は記録の場合について記載すること。
- 8 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を で囲むこと。



様式第23号の3

(表)

年 月 日

山形県知事 殿

病院名  
所在地  
管理者名 印

措置入院者定期病状報告書

次のとおり措置入院者の症状について報告します。

措置入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 生 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
措置年月日	年 月 日		今回の入院年月日	年 月 日	
			入院形態		
前回の定期報告年月日	年 月 日				
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )			
生活歴及び現病歴	(推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。) ( 陳述者氏名 続柄 )				
初回入院期間	年 月 日 ~		年 月 日		
前回入院期間	年 月 日 ~		年 月 日		
初回から前回までの入院回数	計 回				
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の仮退院の実績	計 回 延日数 日				
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の治療の内容とその結果を記載すること	(問題行動を中心として記載すること。) ( )				

今後の治療方針（再発防止への対応含む）を記載すること		
処遇、看護及び指導の現状	隔 離	i 多用 ii 時々 iii ほとんど不要
	注 意 必 要 度	i 常に嚴重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要
	日常生活の介助 指 導 必 要 性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他( )
重大な問題行動（Aはこれまでの、Bは今後おそれのある行動）		現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像（該当のローマ数字及び算用数字を で囲むこと。）
1 殺人	A B	<p>現在の精神症状</p> <p>意識</p> <p>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他( )</p> <p>知能（軽度障害、中等度障害、重度障害）</p> <p>記憶</p> <p>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他( )</p> <p>知覚</p> <p>1 幻聴 2 幻視 3 その他( )</p> <p>思考</p> <p>1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸</p> <p>6 思考制止 7 強迫観念 8 その他( )</p> <p>感情・情動</p> <p>1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁</p> <p>5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他( )</p> <p>意欲</p> <p>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止</p> <p>6 無為・無関心 7 その他( )</p> <p>自我意識</p> <p>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他( )</p> <p>食行動</p> <p>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他( )</p> <p>その他の重要な症状</p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存( )</p> <p>4 その他( )</p> <p>問題行動等</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他( )</p> <p>現在の状態像</p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態</p> <p>4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態</p> <p>8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他( )</p>
2 放火	A B	
3 強盗	A B	
4 強姦	A B	
5 強制わいせつ	A B	
6 傷害	A B	
7 暴行	A B	
8 恐喝	A B	
9 脅迫	A B	
10 窃盗	A B	
11 器物損壊	A B	
12 弄火又は失火	A B	
13 家宅侵入	A B	
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	
15 自殺企図	A B	
16 自傷	A B	
17 その他( )	A B	
診 察 時 の 特 記 事 項		
本報告に係る診察年月日		年 月 日
診断した精神保健指定医氏名		署名



様式第23号の4

(表)

年 月 日

山形県知事 殿

病院名  
所在地  
管理者名 印

医療保護入院者定期病状報告書

次のとおり医療保護入院者の病状について報告します。

医療保護入院者	フリガナ			生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏 名	(男・女)			
	住 所				
医療保護入院年月日 (第33条第1項による入院)	年 月 日			今回の入院年月日	年 月 日
				入院形態	
前回の定期報告年月日	年 月 日				
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )			
生活歴及び現病歴  (推定発病年月、精神科又は神経科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄 )				
初 回 入 院 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態 )				
前 回 入 院 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (入院形態 )				
初回から前回までの入院回数	計 回				
過去12か月間の外泊の実績	1 不定期的 2 定期的 ( i 月単位 ii 数か月単位 iii 盆や正月 ) 3 なし				
過去12か月間の治療の内容と、その結果及び通院又は任意入院に変更できなかった理由を記載すること					
症 状 の 経 過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向				

<p>今後の治療方針を記載すること(患者本人の病識や治療への意欲を得るための取り組みについて)</p>	
<p>現在の精神症状</p> <p>その他の重要な症状</p> <p>問題行動等</p> <p>現在の状態像</p>	<p>意識</p> <p>1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他( )</p> <p>知能(軽度障害、中等度障害、重度障害)</p> <p>記憶</p> <p>1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他( )</p> <p>知覚</p> <p>1 幻聴 2 幻視 3 その他( )</p> <p>思考</p> <p>1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸</p> <p>6 思考制止 7 強迫観念 8 その他( )</p> <p>感情・情動</p> <p>1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁</p> <p>5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他( )</p> <p>意欲</p> <p>1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止</p> <p>6 無為・無関心 7 その他( )</p> <p>自我意識</p> <p>1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他( )</p> <p>食行動</p> <p>1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他( )</p> <p>1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存( )</p> <p>4 その他( )</p> <p>1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他( )</p> <p>1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態</p> <p>4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態</p> <p>8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他( )</p>

<p>本報告に係る診察年月日</p>	<p>年 月 日</p>
--------------------	--------------

<p>診察した精神保健指定医氏名</p>	<p>署名</p>
----------------------	-----------

<p>保護者</p>	<p>氏名</p>	<p>(男・女)</p>	<p>続柄</p>	<p>生年月日</p>	<p>年 月 日生</p>	
		<p>(男・女)</p>	<p>続柄</p>	<p>月 日</p>	<p>年 月 日生</p>	
	<p>住所</p>					
	<p>1 後見人又は保佐人 2 配偶者 3 親権を行う者</p> <p>4 家庭裁判所が選任した者(選任年月日 年 月 日)</p> <p>5 その他( )</p>					

<p>審査会意見</p>	
--------------	--

<p>県の措置</p>	
-------------	--

(裏)

## 記載上の留意事項

- 1  内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 今回の入院年月日の欄は、今回貴病院に入院した年月日を記載し、入院形態の欄にそのときの入院形態を記載すること(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(以下「法」という。)第33条第2項の規定に基づく入院又は法第33条第4項若しくは第33条の4第2項の規定に基づく特定医師の入院を含む。その場合は「第33条第2項入院」、「第33条第1項・第4項入院」、「第33条第2項・第4項入院」又は「第33条の4第2項入院」と記載すること)。なお、複数の入院形態を経ている場合には、順に記載すること(法第33条第2項又は同項に規定する場合における同条第4項後段の規定による入院の場合は、入院した年月日も併せて記載すること)。
- 3 生活歴及び現病歴の欄は、他の診療所及び他の病院での受診歴も聴取して記載すること。
- 4 生活歴及び現病歴の欄は、前回報告のコピーの添付でもよいが、新たに判明した事実がある場合には追加記載すること。
- 5 初回及び前回入院期間の欄は、他の病院での入院歴及び入院形態も聴取して記載すること。
- 6 現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像の欄は、一般にこの書類作成までの過去数か月間に認められたものとし、主として最近の症状等に重点を置くこと。
- 7 診断した精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 8 保護者の氏名欄は、親権者が両親の場合は2人目を記載すること。
- 9 保護者の住所欄は、親権者が両親で住所が異なる場合に2つ目を記載すること。
- 10 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を  で囲むこと。

別記様式第23号の5及び別記様式第23号の6を削る。

別記様式第25号の2中「精神科受診歴等」を「精神科受診歴等)及び治療の経過」に、「<sup>ほう</sup>痴呆」を「認知症」に、「判定すること」を「判定してください」に、「おおむね」を「概ね」に、「社会復帰施設、小規模作業所、グループホーム、ホームヘルプ」を「障害者自立支援法に規定する自立訓練(生活訓練)、共同生活援助(グループホーム)、共同生活介護(ケアホーム)、居宅介護(ホームヘルプ)その他の障害福祉サービス等、小規模作業所」に、

年 月 日

医療機関所在地  
医療機関の名称  
電話番号  
診療担当科名  
医師氏名(記名押印又は署名)

を

上記のとおり、診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称  
医療機関所在地  
電話番号  
診療担当科名  
医師氏名(自署又は記名押印)

印

に改め、

同様式を別記様式第25号の2の2とし、別記様式第25号の次に次の1様式を加える。

様式第25号の2

障 害 者 手 帳 申 請 書

市 町 村 名	
受 理 年 月 日	

山形県知事 殿

年 月 日

精神障害者保健福祉手帳の〔新規交付・更新・障害等級変更・都道府県間の住所変更による手帳交付〕を受けたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項の規定により、次のとおり申請します。  
（申請項目を で囲んでください）

申 請 者 （精神障害者 本人）	フリガナ 氏 名	印	性 別	男・女	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	電 話 （ ）				
家族の連絡先 （申請者が18 歳未満の場合 記入）	フリガナ 氏 名	本人と の続柄 （印）	父 母 兄弟姉妹 祖父母 その他（ ）			
	住 所	電 話 （ ）				
添 付 書 類 （印）	医師の診断書（手帳用） 年金証書等の写し（ ）級）・同意書 特別障害給付金受給資格者証等の写し（ ）級）・同意書 写真（縦4cm×横3cm）					
既 存 の 手 帳	有効期限	年 月 未 日	手 帳 番 号			
申 請 書 を 提 出 し た 者	氏 名	印	本人と の 関 係	住 所	電 話 （ ）	

- （注） 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」、「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証」（特別障害者給付金支給決定通知書）及び直近の国庫金振り込み通知書（国庫金送付通知書）の写し」が必要です。
- 2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために社会保険事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。
- 3 写真（縦4cm×横3cm）は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。
- 4 の欄は記入しないで下さい。

別記様式第25号の4中「氏名 印」を「氏名 印」に改め、同様式に次の

注書を加える。

（注） 都道府県の区域を越えて居住地を変更したときは、本届出書のほかに、手帳交付の申請書を提出してください。

別記様式第25号の4の次に次の1様式を加える。

様式第25号の5

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 住 所  
氏 名 印

精神障害者保健福祉手帳再交付申請書

下記のとおり、精神障害者保健福祉手帳の再交付を受けたいので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条の規定により申請します。

記 号

- 1 現行の手帳番号 第 号
- 2 再交付を受けようとする理由 汚損 ・ 破損 ・ 紛失  
(理由を で囲んでください)

(注) 紛失以外の理由により申請するときは、障害者手帳を添付してください。

別記様式第26号から別記様式第28条までを削る。

附 則

- 1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。ただし、第3条、第5条、第7条、第10条、第22条及び別記様式第21号の改正規定は、同年12月23日から施行する。
- 2 改正前の山形県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則(以下「規則」という。)により作成した用紙で改正後の規則に相当規定のあるものは、当分の間使用することができる。

山形県立総合療育訓練センター管理規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年9月30日

山形県知事 齋 藤 弘

山形県規則第109号

山形県立総合療育訓練センター管理規則の一部を改正する規則

山形県立総合療育訓練センター管理規則(昭和57年7月県規則第46号)の一部を次のように改正する。

第2条の表中

肢体不自由者更生施設入所部門	30
肢体不自由者更生施設通所部門	5

を

障害者施設入所支援部門	30
障害者自立訓練(機能訓練)部門	35

に改める。

第3条第5号及び第6号を次のように改める。

(5) 障害者施設入所支援部門

身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項の規定による身体障害者手帳の交付を受けた身体障害者(同法別表第4号に掲げる身体上の障害がある者に限る。以下「身体障害者」という。)で、入所させながら自立訓練を実施することが必要かつ効果的であると認められるもの又は地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により、通所によつて当該施設において自立訓練を受けることが困難なもの

(6) 障害者自立訓練(機能訓練)部門

身体障害者で、自立した日常生活又は社会生活を営む上で、身体機能又は生活能力の向上のため支援が必要



なものの

第4条の見出しを「(入所期間等)」に改め、同条第2項中「肢体不自由者更生施設入所部門」を「障害者自立訓練(機能訓練)部門」に、「入所期間」を「訓練等の期間」に、「1年」を「1年6箇月」に改める。

附則

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

山形県身体障害者福祉法の施行に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年9月30日

山形県知事 齋 藤 弘

山形県規則第110号

山形県身体障害者福祉法の施行に関する規則の一部を改正する規則

山形県身体障害者福祉法の施行に関する規則(昭和62年3月県規則第25号)の一部を次のように改正する。

第13条から第15条までを削る。

第16条の見出しを「(身体障害者生活訓練等事業等開始届等)」に改め、同条第1項中「身体障害者相談支援事業等開始(変更)届」を「身体障害者生活訓練等事業等開始(変更)届」に改め、同条第2項中「身体障害者相談支援事業等廃止(休止)届」を「身体障害者生活訓練等事業等廃止(休止)届」に改め、同条を第13条とする。

第17条を第14条とする。

別記様式第8号の2から別記様式第8号の4までを削る。

別記様式第12号中「身体障害者相談支援事業等開始(変更)届」を「身体障害者生活訓練等事業等開始(変更)届」に、「身体障害者相談支援事業等を」を「身体障害者生活訓練等事業等を」に改める。

別記様式第13号中「身体障害者相談支援事業等<sup>廃止</sup>届」を「身体障害者生活訓練等事業等<sup>廃止</sup>届」に、「身体障害者相談支援事業等を」を「身体障害者生活訓練等事業等を」に改める。

附則

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

山形県障害者自立支援法の施行に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年9月30日

山形県知事 齋 藤 弘

山形県規則第111号

山形県障害者自立支援法の施行に関する規則の一部を改正する規則

山形県障害者自立支援法の施行に関する規則(平成18年3月県規則第70号)の一部を次のように改正する。

第3条を次のように改める。

(指定障害福祉サービス事業者等の指定の申請)

第3条 法第36条第1項(法第40条において準用する場合を含む。)及び第38条第1項の規定による指定障害福祉サービス事業者、指定相談支援事業者及び指定障害者支援施設の指定の申請は、指定障害福祉サービス事業者等指定申請書(別記様式第1号)により行うものとする。

第3条の次に次の1条を加える。

(指定障害福祉サービス事業者等の指定の変更の申請)

第3条の2 法第37条第1項及び第39条第1項の規定による申請は、指定障害福祉サービス事業者等変更指定申請書(別記様式第1号の2)により行うものとする。

第4条を次のように改める。

(指定障害福祉サービス事業者等の申請事項の変更の届出等)

第4条 法第46条第1項及び第2項の規定による変更の届出は、指定障害福祉サービス事業者等申請事項変更届(別記様式第2号)により、同条第1項の規定による事業の廃止、休止又は再開に係る届出は、指定障害福祉サービス事業者等廃止(休止・再開)届(別記様式第3号)により行うものとする。

第4条の次に次の1条を加える。

(指定障害者支援施設の指定の辞退の届出)

第4条の2 法第47条の規定による指定の辞退は、指定障害者支援施設指定辞退届(別記様式第3号の2)により行うものとする。

別記様式第1号を次のように改める。  
様式第1号

指定障害福祉サービス事業者等指定申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地  
名 称  
代表者 印

指定障害福祉サービス事業者(指定相談支援事業者、指定障害者支援施設)の指定を受けたいので、障害者自立支援法第36条第1項(第40条において準用する第36条第1項、第38条第1項)の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者(設置者)	フリガナ称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )		
	法人である場合その種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	代表者の職・氏名	職名	フリガナ氏名	
	代表者の住所	(郵便番号 - )		
指定を受けようとする事業所・施設	フリガナ称			
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 - )		
	同一所在地において行う事業等の種類	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備考
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合			

- 備考
- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記載してください。
  - 「法人所轄庁」欄には、申請者が主務官庁から認可を受けて設立した法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
  - 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請を行うもの及び既に指定を受けているものに係る事業の種類を記載してください。
  - 「事業所番号」欄には、既に指定障害福祉サービス事業者等として山形県の指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

別記様式第1号の次に次の1様式を加える。

様式第1号の2

指定障害福祉サービス事業者等変更指定申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地  
名 称  
代表者

印

指定障害福祉サービス事業者(指定障害者支援施設)に係る指定の変更を受けたいので、障害者自立支援法第37条第1項(第39条第1項)の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ 名 称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - )		
	法人である場合その種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	代表者の職・氏名	職 名	フリガナ 氏 名	
	代表者の住所	(郵便番号 - )		
変更指定を受けようとする事業所・施設	フリガナ 名 称			
	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 - )		
	同一所在地において 行う事業等の種類	事業等の開始(予定)年月日	他の法律において既に指定を受けている事業等の指定年月日	備 考
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合			

- 備考 1 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、社団法人、財団法人、株式会社等の別を記載してください。
- 2 「法人所轄庁」欄には、申請者が主務官庁から認可を受けて設立した法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請を行うもの及び既に指定を受けているものに係る事業の種類を記載してください。
- 4 「事業所番号」欄には、既に指定障害福祉サービス事業者等として山形県の指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の様式を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

別記様式第2号を次のように改める。

様式第2号

指定障害福祉サービス事業者等申請事項変更届

年 月 日

山形県知事 殿

事業者 住所(所在地)  
(設置者)氏名(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定障害福祉サービス事業者(指定相談支援事業者、指定障害者支援施設)の指定に係る事項に変更があったので、障害者自立支援法第46条第1項(第46条第2項)の規定により届け出ます。

指定内容を変更した事業所(施設)	事業所番号	
	名 称	
	所 在 地	
	サ ー ビ ス の 種 類	
変更があった事項		変更の内容
1	事業所(施設)の名称	(変更前)
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)	
3	申請者(設置者)の名称	
4	主たる事務所の所在地	
5	代表者の氏名及び住所	
6	定款、寄付行為等及びその登記事項証明書又は条例等 (当該指定に関するものに限る。)	
7	事業所(施設)の平面図及び設備の概要	
8	事業所(施設)の管理者の氏名及び住所	
9	事業所のサービス提供責任者・サービス管理責任者の 氏名及び住所	
10	主たる対象者	
11	運営規程	
12	介護給付費等の請求に関する事項	(変更後)
13	事業所の種別(併設型・空床型の別)	
14	併設型における利用推定数又は空床型における当該 施設の入所者の定員	

15	障害福祉サービスの種類
16	第三者の事業所の名称及び所在地
17	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容
18	関係機関との連携体制、協力体制及び支援体制の概要
19	当該申請に係る事業の開始予定年月日
20	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要
21	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要
変 更 年 月 日	
年 月 日	

- 備考 1 変更する項目の番号に を付してください。  
 2 変更内容が分かる書類を添付してください。  
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

別記様式第3号中「指定障害福祉サービス事業廃止(休止・再開)届」を「指定障害福祉サービス事業等廃止(休止・再開)届」に、「指定障害福祉サービスを」を「指定障害福祉サービス事業(指定相談支援事業)を」

に、  

事 業 所 番 号																						
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 を

「  

事 業 所 番 号	
-----------	--

 に、「指定障害福祉サービスを」を「指

定障害福祉サービス(指定相談支援)を」に改め、同様式の次に次の1様式を加える。

様式第3号の2

指定障害者支援施設指定辞退届

年 月 日

山形県知事 殿

設置者 住所(所在地)  
氏名(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり指定障害者支援施設の指定を辞退したいので、障害者自立支援法第47条の規定により届け出ます。

指 定 を 辞 退 す る 施 設	事 業 所 番 号	
	名 称	
	所 在 地	
指 定 を 受 け た 年 月 日	年	月 日
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年	月 日
指 定 を 辞 退 す る 理 由		
現に施設に入所している者に対する措置		

(注) 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

附 則

この規則は、平成18年10月1日から施行する。