

# 鳥取県公報

毎週火曜日及び  
金曜日発行

(当日は、  
日曜日に  
おとす日  
の翌日)

## 目 次

◇規 則 鳥取県営企業の設置等に関する条例の一部を改正する条例の施行期日  
を定める規則(企業局総務課)  
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(健康対策課)

公布された規則のあらまし

◇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  
一 精神障害者保健福祉手帳の交付に係る申請の手續等を定めることとした。(新  
第十八条、新第二十二條関係)  
二 通院医療の公費負担の申請に添付する医師の診断書を改めることとした。(第  
九條関係)  
三 一の規則は、平成七年十月一日から施行することとした。  
2 所要の経過措置を講ずることとした。

## 規 則

鳥取県営企業の設置等に関する条例の一部を改正する条例の施行期日を定める規則をここに公布する。

平成七年九月二十九日

鳥取県知事 西 尾 邑 次

### 鳥取県規則第七十一号

鳥取県営企業の設置等に関する条例の一部を改正する条例の施行期日を定める規則

鳥取県営企業の設置等に関する条例の一部を改正する条例(平成七年六月鳥取県条例第二十七号)の施行期日は、平成七年十月一日とする。

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。

平成七年九月二十九日

鳥取県知事 西 尾 邑 次

### 鳥取県規則第七十二号

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

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則(昭和四十九年四月鳥取県規則第三十一号)の一部を次のように改正する。

第一条中「法」という。の下に「、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令(昭和二十五年政令第百五十五号。以下「政令」という。)」を加える。

第九条中第二項を第三項とし、第一項の次に次の一項を加える。

2 省令第十条第二項の診断書は、様式第九号の二によるものとする。

第十八条中「法」の下に「、政令」を加え、同条を第二十三条とし、第十七条の次に次の五条を加える。

(精神障害者保健福祉手帳の申請等)

第十八条 法第四十五条第一項の申請は、様式第九号による申請書により行わなければならない。

2 省令第二十三条第一項第一号の診断書は、様式第二十四号によるものとする。

(精神障害者保健福祉手帳の交付の申請の却下通知)

第十九条 知事は、法第四十五条第三項の通知をしようとするときは、様式第二十五号による通知書により行うものとする。

(精神障害者保健福祉手帳の更新)

第二十条 省令第二十八条第一項の申請は、様式第九号による申請書により行わなければならない。

(精神障害者保健福祉手帳交付台帳)

第二十一条 政令第七条の精神障害者保健福祉手帳交付台帳は、様式第二十六号によるものとする。

(変更の届出等)

第二十二条 政令第八条第一項の届出及び第十条の申請並びに省令第三十条の届出は、様式第二十七号による届出書・申請書により行わなければならない。

様式第九号を次のように改める。

様式第九号(第9条、第18条、第20条関係)

障害者手帳・通院医療費公費負担申請書

職 氏名 殿

年 月 日

私は、次の事項(○印)について申請します。

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づき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]
- 2 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条に基づき通院医療費の公費負担の[新規承認・継続承認・患者票追加交付・都道府県間の住所変更による患者票交付]

申請者(精神障害者本人)	氏名	住所	性別	生年月日	明・大・昭・平
家族の先	氏名	住所	性別	生年月日	年 月 日
者のみ記入 通院医療費の申請	保険の種類(○印)	健保(本人、家族)、国保(一般、退職本人、退職家族)、船保(本人、家族)、各種共済(本人、家族)、老保、生保(受給中、申請中) : 福祉事務所名 )、労災、保険未加入、その他( )	続柄	住所	電話
添書	医師の診断書(級)	通院の機関	医療機関名	所在地	
付書(○印)	年金証書等の写(級)	既在の手帳・患者票の有効期限	平成 年 月 日		
申請者	氏名	本人との関係	住所	電話	

備考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」又は「障害年金の年金証書、年金決定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し」が必ず必要です。

2 既に手帳を持っている方が新たに通院公費負担医療を申請する場合は、手帳を添付してください。

3 年金証書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。

4 ※の欄は記入しなさい。





様式第27号 (第22条関係)

※保健所名	年 月 日
※受理年月日	年 月 日

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

職 氏名 殿

年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づき精神障害者保健福祉手帳について、次の事項 (○印) の届出・申請をします。

- 1 [①都道府県内における住所変更 ②都道府県の区域を越える住所変更 ③氏名の変更] の届出 (変更内容)

旧	
新	

- 2 [①汚れ ②破れ ③紛失] ための再交付の申請

申請者 氏名 ○印

住所

現行の手帳番号

備考 都道府県の区域を越える住所変更をしたときは、本届書のほかに、障害者手帳

・通院医療費公費負担申請書を提出してください。

附 則

- 1 この規則は、平成七年十月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に存する書類で、改正前の精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則に定められるところにより作成されているものは、この規則の規定にかかわらず、当分の間、所要の調整をした上でこの規則に定める書類として使用することができる。