

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24年 7月 6日

鳥取県知事 平 井 伸 治

鳥取県規則第50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

第1条 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に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に、下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p>(指定障害福祉サービス事業者等の指定等の公示) 第4条 略</p> <p><u>(業務管理体制の整備に関する事項の届出書等)</u> 第4条の2 <u>法第51条の2第2項又は第51条の31第2項の規定による届出は、様式第4号の2による届出書を提出してしなければならない。</u></p> <p><u>2 法第51条の2第3項又は第51条の31第3項の規定による届出は、様式第4号の3による届出書を提出してなければならない。</u></p> <p>(指定自立支援医療機関の指定等の申請) 第10条 法第59条第1項の規定による申請は、<u>次の各号に掲げる医療機関の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める様式による申請書を提出してしなければならない。</u></p> <p>(1)及び(2) 略</p> <p>(3) 指定訪問看護事業者等（省令第57条第3項に規定する指定訪問看護事業者等をいう。<u>以下同じ。</u>）指定自立支援医療機関（指定訪問看護事業者等）指定申請書（様式第13号）</p> <p><u>2 法第60条第1項の指定の更新を受けようとする者は、次の各号に掲げる医療機関の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める様式による申請書を知事に提出しなければならない。</u></p> <p><u>(1) 病院又は診療所 指定自立支援医療機関（病院又は診療所）指定更新申請書（様式第13号の2）</u></p> <p><u>(2) 薬局 指定自立支援医療機関（薬局）指定更新申請書（様式第13号の3）</u></p> <p><u>(3) 指定訪問看護事業者等 指定自立支援医療機関（指定訪問看護事業者等）指定更新申請書（様式第13号の4）</u></p>	<p>(指定障害福祉サービス事業者等の指定等の公示) 第4条 略</p> <p>(指定自立支援医療機関の指定の申請) 第10条 法第59条第1項の規定による申請は、<u>次に掲げる医療機関の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める様式による申請書を提出してしなければならない。</u></p> <p>(1)及び(2) 略</p> <p>(3) 指定訪問看護事業者等（省令第57条第3項に規定する指定訪問看護事業者等をいう。）指定自立支援医療機関（指定訪問看護事業者等）指定申請書（様式第13号）</p>

--	--

第2条 鳥取県障害者自立支援法施行細則の一部を次のように改正する。

様式第4号の次に次の2様式を加える。

様式第4号の2（第4条の2関係）

受付番号	
------	--

業務管理体制整備事項届出書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

届出者 氏 名

Ⓞ

（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

業務管理体制の整備について、次のとおり届け出ます。

	事業者（法人）番号																		
1	届出の内容																		
	(1) 障害者自立支援法第51条の2第2項、第51条の31第2項関係（整備）																		
	(2) 障害者自立支援法第51条の2第4項、第51条の31第4項関係（区分の変更）																		
	2	フリガナ																	
		名称又は氏名																	
		住所（法人にあつては、主たる事務所の所在地）																	
		(郵便番号 -) (ビルの名称等)																	
3	連絡先																		
	電話番号																		
ファクシミリ番号																			
4	法人の種別																		
	代表者の職名、氏名及び生年月日																		
	職名																		
フリガナ																			
氏名																			
生年月日																			
年 月 日																			
5	代表者の住所																		
	(郵便番号 -) (ビルの名称等)																		
6	事業所の名称、所在地等																		
	名称																		
指定年月日																			
事業所番号																			
所在地																			
計 箇所																			
年 月 日																			
7	事業者の区分																		
	(1) 指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設等の設置者																		
(2) 指定相談支援事業者																			
8	法令遵守責任者																		
	フリガナ																		
氏名																			
生年月日																			
年 月 日																			

6	業務が法令に適合することを確認するための規程の概要 ※1	
7	業務執行の状況の監査の方法の概要 ※2	
8 区 分 の 変 更	区分を変更する前の行政機関の名称及び担当部(局)課	
	事業者(法人)番号	
	区分を変更する理由	
	区分を変更した後の行政機関名称及び担当部(局)課	
	区分を変更した日	年 月 日

注

- 1 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
- 2 ※1の欄は、次のいずれかの者のみ記載すること。
 - (1) 指定を受けている事業所及び施設の数20以上の指定事業者等
 - (2) 指定を受けている事業所の数20以上の指定相談支援事業者
- 3 ※2の欄は、次のいずれかの者のみ記載すること。
 - (1) 指定を受けている事業所及び施設の数100以上の指定事業者等
 - (2) 指定を受けている事業所の数100以上の指定相談支援事業者

様式第4号の3(第4条の2関係)

受付番号	
------	--

業務管理体制整備事項変更届出書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

届出者 氏 名

㊤

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

業務管理体制の整備について変更したので、届け出ます。

事業者(法人)番号																				
変 更 が あ っ た 事 項																				
1	法人の種別及び名称																			
2	主たる事務所の所在地、電話番号又はファクシミリ番号																			
3	代表者の氏名及び生年月日																			
4	代表者の住所又は職名																			
5	事業所の名称及び所在地																			
6	法令遵守責任者の氏名及び生年月日																			

- 7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要
 8 業務執行の状況の監査の方法の概要

変更年月日	年 月 日	
変更があった事項の番号	変更の内容	
	変更前	
	変更後	
	変更前	
	変更後	
	変更前	
	変更後	

注 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。

様式第11号から様式第13号までを次のように改める。

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

（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

申請者 氏 名 ㊤

（法人にあつては、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。

なお、障害者自立支援法第59条第3項において準用する同法第36条第3項第4号から第6号まで及び第8号から第13号までのいずれにも該当しないことを誓約します。

担当しようとする自立支援医療の種類※1	1 育成医療 2 更生医療 3 精神通院医療		
保険医療機関	名称		
	所在地		
開設者	住所		
	氏名又は名称		
	生年月日		職名
標ぼうしている診療科名※2			
担当しようとする医療の種類※3	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 心臓移植（心臓移植術・抗免疫 療法） じん臓 じん移植 小腸 肝臓移植（肝臓移植術・抗 免疫療法） 歯科矯正 免疫		
主として担当する医師又は歯科医師の氏名			
主として担当する医師又は歯科医師の経歴	別紙のとおり		
指定自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要※4	別紙のとおり		

患者を収容する施設の有無及びその収容定員※5	
役員の氏名、生年月日及び住所	別紙のとおり

注

- 1 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
- 2 ※1の欄は、担当しようとする自立支援医療の番号に○を付けること。
- 3 ※2の欄は、担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものについて記載すること。
- 4 ※3から※5までの欄は、育成医療又は更生医療の場合に記載すること。
- 5 ※3の欄は、該当するものに○を付けること。
- 6 ※5の欄は、申請者が診療所の開設者である場合に記載すること。

添付書類 福祉保健部長が別に定める書類

様式第12号（第10条関係）

指定自立支援医療機関（薬局）指定申請書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

申請者 氏 名 ㊟

（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

指定自立支援医療機関（薬局）の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、障害者自立支援法第59条第3項において準用する同法第36条第3項第4号から第6号まで及び第8号から第13号までのいずれにも該当しないことを誓約します。

担当しようとする自立支援医療の種類※1		1 育成医療	2 更生医療	3 精神通院医療
保険薬局	名称			
	所在地			
開設者	住所			
	氏名又は名称			
	生年月日		職名	
薬剤師	氏名			
	経歴	別紙のとおり		
調剤のために必要な設備及び施設の概要※2		別紙のとおり		
役員の氏名、生年月日及び住所		別紙のとおり		

注

- 1 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
- 2 ※1の欄は、担当しようとする自立支援医療の番号に○を付けること。
- 3 ※2の欄は、育成医療又は更生医療の場合に記載すること。

添付書類 福祉保健部長が別に定める書類

様式第13号（第10条関係）

指定自立支援医療機関（指定訪問看護事業者等）指定申請書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

申請者 氏 名

㊟

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

指定自立支援医療機関（指定訪問看護事業者等）の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、障害者自立支援法第59条第3項において準用する同法第36条第3項第4号から第6号まで及び第8号から第13号までのいずれにも該当しないことを誓約します。

担当しようとする自立支援医療の種類※1		1 育成医療	2 更生医療	3 精神通院医療
指定訪問看護事業者 ・指定居宅サービス 事業者	名称			
	主たる事務所の所在地			
	代 住 所 表 氏 名 者 生 年 月 日	住所		
		氏名		
生年月日		職名		
訪問看護ステーション等	名称			
	所在地			
	指定訪問看護従事職員 定数	別紙のとおり		
役員の氏名、生年月日及び住所		別紙のとおり		

注

- 1 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
- 2 ※1の欄は、担当しようとする自立支援医療の番号に○を付けること。

添付書類 福祉保健部長が別に定める書類

様式第13号の次に次の3様式を加える。

様式第13号の2（第10条関係）

指定自立支援医療機関（病院又は診療所）指定更新申請書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

(法人にあつては、主たる事務所の所在地)

申請者 氏 名

㊟

(法人にあつては、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）の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、障害者自立支援法第59条第3項において準用する同法第36条第3項第4号から第6号まで及び第8号から第13号までのいずれにも該当しないことを誓約します。

担当しようとする自立支援医療の種類※1		1 育成医療 2 更生医療 3 精神通院医療		
保険医療機関	名称			
	所在地			
開設者	住所			
	氏名又は名称			
	生年月日		職名	
標ぼうしている診療科名※2				
担当しようとする医療の種類※3		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 心臓移植(心臓移植術・抗免疫療法) じん臓 じん移植 小腸 肝臓移植(肝臓移植術・抗免疫療法) 歯科矯正 免疫		
主として担当する医師又は歯科医師の氏名				
自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の変更の有無※4		有 ・ 無		
患者を収容する施設の有無及びその収容定員※5				
役員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無※6		有 ・ 無		

注

- 1 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
- 2 ※1の欄は、担当しようとする自立支援医療の番号に○を付けること。
- 3 ※2の欄は、担当しようとする自立支援医療の種類に関係があるものについて記載すること。
- 4 ※3から※5までの欄は、育成医療又は更生医療の場合に記載すること。
- 5 ※3の欄は、該当するものに○を付けること。
- 6 ※5の欄は、申請者が診療所の開設者である場合に記載すること。

添付書類

福祉保健部長が別に定める書類（※4又は※6の欄の有に○を付けた場合に限る。）

様式第13号の3（第10条関係）

指定自立支援医療機関（薬局）指定更新申請書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

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（薬局）の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、障害者自立支援法第59条第3項において準用する同法第36条第3項第4号から第6号まで及び第8号から第13号までのいずれにも該当しないことを誓約します。

担当しようとする自立支援医療の種類※1		1 育成医療 2 更生医療 3 精神通院医療		
保険薬局	名称			

	所在地		
開設者	住所		
	氏名又は名称		
	生年月日		職名
薬剤師の氏名			
調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無※2		有 ・ 無	
役員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無※3		有 ・ 無	

注

- 1 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
- 2 ※1の欄は、担当しようとする自立支援医療の番号に○を付けること。

添付書類

福祉保健部長が別に定める書類（※2又は※3の欄の有に○を付けた場合に限る。）

様式第13号の4（第10条関係）

指定自立支援医療機関（指定訪問看護事業者等）指定更新申請書

年 月 日

職 氏 名 様

住 所

（法人にあっては、主たる事務所の所在地）

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（指定訪問看護事業者等）の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、障害者自立支援法第59条第3項において準用する同法第36条第3項第4号から第6号まで及び第8号から第13号までのいずれにも該当しないことを誓約します。

担当しようとする自立支援医療の種類※1		1 育成医療 2 更生医療 3 精神通院医療		
指定訪問看護事業者 ・指定居宅サービス 事業者	名称			
	主たる事務所の所在地			
	代 表 者	住所		
		氏名		
	生年月日		職名	
訪問看護ステーション等	名称			
	所在地			
	指定訪問看護従事職員定数の変更の有無※2	有 ・ 無		
役員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無※3		有 ・ 無		

注

- 1 氏名を自署する場合には、押印を省略することができる。
- 2 ※1の欄は、担当しようとする自立支援医療の番号に○を付けること。

添付書類

福祉保健部長が別に定める書類（※2又は※3の欄の有に○を付けた場合に限る。）

附 則

この規則は、公布の日から施行する。