



# 宮 崎 県 公 報

平成22年3月31日 (水曜日) 号外 第 19 号

発 行 宮 崎 県  
印 刷 宮 崎 市 高 洲 町 222 番 地  
合 資 会 社 愛 文 社 印 刷 所

発 行 定 日 毎 週 月 ・ 木 曜 日  
購 読 料 (送 料 共) 1 年 36,000 円

## 目 次

### 規 則

○宮崎県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の

頁

一部を改正する規則……………	(障害福祉課) 1
○身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則……………	( ) 9
○障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則……………	( ) 45

## 規 則

宮崎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22年3月31日

宮崎県知事 東国原 英 夫

### 宮崎県規則第11号

#### 宮崎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

宮崎県心身障害者扶養共済制度条例施行規則 (昭和45年宮崎県規則第30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。

改正前	改正後
<p>(年金の給付)</p> <p>第7条 [略]</p> <p>2 知事は、前項の年金給付請求書の提出があった場合において、年金の給付を決定したときは年金給付決定通知書 (別記様式第11号) 及び宮崎県心身障害者扶養共済制度年金証書 (別記様式第12号) を、年金の給付をしないことを決定したときは年金 (加算額) 給付請求却下通知書 (別記様式第13号) を当該年金給付請求書を提出した者に対し交付する。</p>	<p>(年金の給付)</p> <p>第7条 [略]</p> <p>2 知事は、前項の年金給付請求書の提出があった場合において、年金の給付を決定したときは年金給付決定通知書 (別記様式第11号) 及び加入等申込書に記載されている心身障害者を年金受給権者とした宮崎県心身障害者扶養共済制度年金証書 (別記様式第12号) を、年金の給付をしないことを決定したときは年金 (加算額) 給付請求却下通知書 (別記様式第13号) を当該年金給付請求書を提出した者に対し交付する。</p>

別記様式第1号及び別記様式第2号を次のように改める。

別記

様式第 1 号 (第 4 条関係)

加 入 等 申 込 書

年 月 日

宮崎県知事 殿

(加入申込者)

氏 名 (印)

(電話番号 - - )

宮崎県心身障害者扶養共済制度に加入したいので、関係書類を添えて申し込みます。

加入等申込者	(ふりがな) 氏 名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
	住 所		心身障害者 との続柄	
心身障害者※	(ふりがな) 氏 名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日
口 数 追 加		追加する ・ 追加しない		
共済制度加入の有無		有 (加入番号 ) ・ 無		
他制度からの転入者の記載欄	従前の地方公共団体名	加入番号	加入年月日 (口数追加年月日)	
			年 月 日 ( 年 月 日)	
			年 月 日 ( 年 月 日)	

※ 本共済制度においては、心身障害者を事後的に変更できないものとしします。

- 添付書類 1 加入等申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し  
 2 申込者 (被保険者) 告知書  
 3 障害の種類、程度を証明する書類  
 4 年金管理者指定届出書

- (注) 1 口数追加のみの申込みの場合には、2の書類だけを添付してください。  
 2 氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。

確 認 印	
「重要事項のご説明」の内容を確認し、受領しました。 また、この共済制度が加入目的に合致していることも確認しています。	(印)

様式第 2 号 (第 4 条関係)

生保記入欄
自治体コード 加入番号

申込者 (被保険者) 告知書

(心身障害者扶養共済制度)

都道府県・指定都市記載様
1 2 3
一口目加入 二口目加入 1と2の同時加入

知事(市長)殿

- 重要事項のご説明の内容(個人情報の取扱いを含む)を確認・承知し、心身障害者扶養共済制度における保険契約の被保険者となることに同意のうえ、署名・押印しました。
下記の事項は事実と相違ありません。

告知日(記入日) 平成 年 月 日 \*告知書有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内

申込(加入)にあたって
申込者は、以下の事項について心身障害者に対して説明し、この制度に加入することの同意を得ました。
・申込者が死亡し、または重度障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保険金」が支払われること
・心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「弔慰金給付保険金」が支払われること

フリガナ 申込者氏名
性別 生年月日
1 男 3 昭和
2 女 4 平成

フリガナ 心身障害者氏名
性別 生年月日
1 男 1 明治 2 大正
2 女 3 昭和 4 平成

障害の種類・程度
1 身体障害 1 1級 2 2級 3 3級
2 知的障害 1 A 2 B
3 精神障害 1 1級 2 2級
4 その他 1 その他
申込者の心身障害者との続柄
1 配偶者 2 父母
3 兄弟姉妹 4 その他の親族
申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由

申込者の告知(心身障害者にかかる告知ではありません)

最近の健康状態
過去5年以内の健康状態
身体障害
はい いいえ
はい いいえ
はい いいえ
はい いいえ

(詳細記入欄)
上記①~④に「はい」があった場合には、その内容についてそれぞれ詳細を記入してください。その内容が「高血圧症(※1)」「糖尿病(※2)」の場合は、数値等も記入してください。なお、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。

病名やけがの名前・検査結果
診察・検査・治療・投薬を受けた期間
入院の有無・期間
手術の有無(手術の名前、または内容・部位)
症状経過
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名
(※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

生保記入欄

平成22年4月改訂

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。

改正前				改正後			
様式第 3 号 (第 4 条関係)				様式第 3 号 (第 4 条関係)			
[略]				[略]			
[略]				[略]			
障 害 の 身 体 状 況 障 害	④	ア障害の種類	視覚、聴覚・平衡機能、音声・そし ゃく・言語機能、肢体不自由（上肢 ・下肢・体幹・運動機能）、心臓・ じん臓・呼吸器・ぼうこう・ <u>直腸機 能、小腸機能、ヒト免疫不全ウイル スによる免疫機能</u>	障 害 の 身 体 状 況 障 害	④	ア障害の種類	視覚、聴覚・平衡機能、音声・そし ゃく・言語機能、肢体不自由（上肢 ・下肢・体幹・運動機能）、心臓・ じん臓・呼吸器・ぼうこう・ <u>直腸・ 小腸・ヒト免疫不全ウイルスによる 免疫・肝臓機能</u>
	2				2		
		[略]				[略]	
		[略]				[略]	
[略]				[略]			
[略]				[略]			

別記様式第 6 号及び別記様式第 6 号の 2 を次のように改める。

様式第 6 号 (第 5 条関係)  
(表面)

加入番号	
------	--

## 宮崎県心身障害者扶養共済制度

### 加 入 証 書

加入者  
氏 名  
(加入年月 年 月)

あなたは、宮崎県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、  
宮崎県心身障害者扶養共済制度に加入していることを証します。

年 月 日

宮崎県知事

印

加 入 者	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
心身障害者	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
加 入 日 (加入等の効力発生の日)		年 月 日
掛 金 払 込 期 間		年 月 日～ 年 月 日

## (裏面)

## 備考

- 1 この加入証書は、大切に保管してください。もし、この証書を破ったり、汚したり、又は無くしたときは、新しい証書を渡しますから申請してください。
- 2 掛金は、毎月期限までに必ず納付してください。もし、掛金を2月以上滞納しますと、脱退として取り扱いますからご承知ください。
- 3 加入者が死亡したとき、又は重度障害となったときは、その月の分から心身障害者の生存中毎月所定の年金を支給します。
- 4 加入者がこの制度加入の際提出した書類に不実の記載があった場合、又は加入者の死亡若しくは重度障害が加入者若しくは心身障害者の故意若しくは重大な過失によるものである場合は、年金が支給されないことがありますのでご承知ください。
- 5 心身障害者が加入者より早く、又は加入者と同時に亡くなったときには、加入者に対して所定の弔慰金を支給します。
- 6 加入期間が5年以上の加入者が脱退の申出をしたときは、加入者であった者に対して所定の脱退一時金を支給します。
- 7 加入者が20年以上継続して共済制度に加入し、かつ、65歳になってから最初に到来する共済制度の加入の承認を受けた日の年単位の応当月に達したときは、それ以後の掛金を納める必要はありません。
- 8 掛金又は年金、弔慰金若しくは脱退一時金の額について条例の改正があったときは、改正後の条例の規定を適用するものとします。
- 9 次のいずれかに該当する場合には、速やかにお届けください。
  - (1) 加入者、心身障害者又は年金管理者が氏名又は住所を変更したとき。
  - (2) 加入者、心身障害者又は年金管理者が死亡したとき。
  - (3) 加入者が重度障害となったとき。
  - (4) 年金管理者を指定し、又は変更したとき。
  - (5) 掛金の納付又は年金、弔慰金若しくは脱退一時金の支給に影響を及ぼす事実が生じたとき。
- 10 その他、この制度の内容については、お申込みの際にご確認いただいた「心身障害者扶養共済制度（重要事項のご説明）」をご確認ください。
- 11 その他、この制度についてのお尋ねは、県の障害福祉課又は最寄りの福祉事務所にお問い合わせください。

様式第 6 号の 2 (第 5 条関係)  
(表面)

加入番号	
------	--

## 宮崎県心身障害者扶養共済制度

### 口 数 追 加 証 書

加入者  
氏 名  
(加入年月 年 月)

あなたは、宮崎県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、  
宮崎県心身障害者扶養共済制度の口数が追加されていることを  
証します。

年 月 日

宮崎県知事

印

加 入 者	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
心身障害者	(ふりがな) 氏 名	
	生年月日	年 月 日
加 入 日 (加入等の効力発生の日)		年 月 日
掛 金 払 込 期 間		年 月 日～ 年 月 日

## (裏面)

## 備考

- 1 この証書は、大切に保管してください。もし、この証書を破ったり、汚したり、又は無くしたときは、新しい証書を渡しますから申請してください。
- 2 掛金は、毎月期限までに必ず納付してください。もし、掛金を2月以上滞納しますと、口数の減少として取り扱いますからご承知ください。
- 3 加入者が死亡したとき、又は重度障害となったときは、その月の分から心身障害者の生存中毎月所定の年金を支給します。
- 4 加入者が口数の追加の際提出した書類に不実の記載があった場合、又は加入者の死亡若しくは重度障害が加入者若しくは心身障害者の故意若しくは重大な過失によるものである場合は、年金が支給されないことがありますのでご承知ください。
- 5 心身障害者が加入者より早く、又は加入者と同時に亡くなったときには、加入者に対して所定の弔慰金を支給します。
- 6 加入期間が5年以上の加入者が脱退の申出をしたときは、加入者であった者に対して所定の脱退一時金を支給します。
- 7 加入者が20年以上継続して共済制度に加入し、かつ、65歳になってから最初に到来する共済制度の加入の承認を受けた日の年単位の応当月に達したときは、それ以後の掛金を納める必要はありません。
- 8 掛金又は年金、弔慰金若しくは脱退一時金の額について条例の改正があったときは、改正後の条例の規定を適用するものとします。
- 9 次のいずれかに該当する場合には、速やかにお届けください。
  - (1) 加入者、心身障害者又は年金管理者が氏名又は住所を変更したとき。
  - (2) 加入者、心身障害者又は年金管理者が死亡したとき。
  - (3) 加入者が重度障害となったとき。
  - (4) 年金管理者を指定し、又は変更したとき。
  - (5) 掛金の納付又は年金、弔慰金若しくは脱退一時金の支給に影響を及ぼす事実が生じたとき。
- 10 その他、この制度の内容については、お申込みの際にご確認いただいた「心身障害者扶養共済制度（重要事項のご説明）」をご確認ください。
- 11 その他、この制度についてのお尋ねは、県の障害福祉課又は最寄りの福祉事務所にお問い合わせください。



## 附 則

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

身体障害者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22年3月31日

宮崎県知事 東国原 英 夫

## 宮崎県規則第12号

## 身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

身体障害者福祉法施行細則（平成5年宮崎県規則第29号の2）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。

改正前	改正後
<p>(居住地等の変更の届出)</p> <p>第7条 [略]</p> <p>(身体障害者手帳再交付申請等)</p> <p>第8条 政令第10条第1項の身体障害者手帳の再交付の申請は、身体障害者手帳再交付申請書（別記様式第6号）によるものとする。</p> <p>2 法第16条第1項並びに省令第7条第2項及び第8条第2項の規定により身体障害者手帳を返還する者は、身体障害者手帳返還届（別記様式第7号）に当該身体障害者手帳を添えて、知事に提出しなければならない。</p> <p>(身体障害者手帳交付申請の却下決定の通知)</p> <p>第9条 法第15条第5項の規定による通知は、却下決定通知書（別記様式第8号）によるものとする。</p> <p>(障害者支援施設等台帳等)</p> <p>第10条 法第18条第2項の規定により身体障害者を同項に規定する障害者支援施設等（以下「障害者支援施設等」という。）に入所させた市町村及び障害者支援施設等又は同項に規定する指定医療機関（以下「指定医療機関」という。）への入所又は入院の委託を受けた者（以下「市町村等」という。）は、次に掲げる帳簿を備え、必要な事項を記載しておかなければならない。</p> <p>(1) 障害者支援施設等台帳（別記様式第9号）</p> <p>(2) 入所（入院）者台帳（別記様式第10号）</p> <p>(3) 入所（入院）者一覧表（別記様式第11号）</p> <p>2 [略]</p> <p>(入所者等状況報告)</p> <p>第11条 市町村等は、毎月10日までに、法第18条第2項の規定により障害者支援施設等への入所又は障害者支援施設等若しくは指定医療機関への入所若しくは入院の委託が行われた場合における当該身体障害者の入所又は入院の状況について、障害者支援施設等入所（入院）者数報告書（別記様式第12号）により相談センターの長に報告しなければならない。</p> <p>第12条 [略]</p>	<p>(居住地等の変更の届出等)</p> <p>第7条 [略]</p> <p><u>2 政令第9条第6項の規定による通知は、身体障害者居住地等変更通知書（別記様式第6号）によるものとする。</u></p> <p>(身体障害者手帳再交付申請等)</p> <p>第8条 政令第10条第1項の身体障害者手帳の再交付の申請は、身体障害者手帳再交付申請書（別記様式第7号）によるものとする。</p> <p>2 法第16条第1項並びに省令第7条第2項及び第8条第2項の規定により身体障害者手帳を返還する者は、身体障害者手帳返還届（別記様式第8号）に当該身体障害者手帳を添えて、知事に提出しなければならない。</p> <p>(保健所長への通知)</p> <p><u>第9条 政令第8条第2項及び第11条の規定による保健所長への通知は、身体障害者手帳交付・記載事項変更通知書（別記様式第9号）によるものとする。</u></p> <p>(身体障害者の死亡の通知)</p> <p><u>第10条 政令第12条第2項の規定による通知は、身体障害者死亡通知書（別記様式第10号）によるものとする。</u></p> <p>(身体障害者手帳交付申請の却下決定の通知)</p> <p>第11条 法第15条第5項の規定による通知は、却下決定通知書（別記様式第11号）によるものとする。</p> <p>(障害者支援施設等台帳等)</p> <p>第12条 法第18条第2項の規定により身体障害者を同項に規定する障害者支援施設等（以下「障害者支援施設等」という。）に入所させた市町村及び障害者支援施設等又は同項に規定する指定医療機関（以下「指定医療機関」という。）への入所又は入院の委託を受けた者（以下「市町村等」という。）は、次に掲げる帳簿を備え、必要な事項を記載しておかなければならない。</p> <p>(1) 障害者支援施設等台帳（別記様式第12号）</p> <p>(2) 入所（入院）者台帳（別記様式第13号）</p> <p>(3) 入所（入院）者一覧表（別記様式第14号）</p> <p>2 [略]</p> <p>第13条 [略]</p>

別記様式第4号を次のように改める。

様式第 4 号 (第 6 条関係)

総括表 身体障害者診断書・意見書 ( 障害用 )

氏 名	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生 ( ) 歳	男 女
住 所			
① 障害名 (部位を明記)			
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、 戦災、疾病、先天性、その他 ( )	
③ 疾病・外傷発生年月日		年 月 日・場所	
④ 参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)			
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日			
⑤ 総合所見			
[将来再認定 要・不要] [再認定の時期 年 月]			
⑥ その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。			
年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所 在 地			
診療担当科名 科 医師氏名 <span style="float: right;">㊦</span>			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に			
・該当する ( 級相当) ・該当しない			
<p>(注) 1 「①障害名」欄には、現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾病名等を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、宮崎県社会福祉審議会から改めて当該診断書の内容についてお問い合わせする場合があります。</p>			

視覚障害の状況及び所見

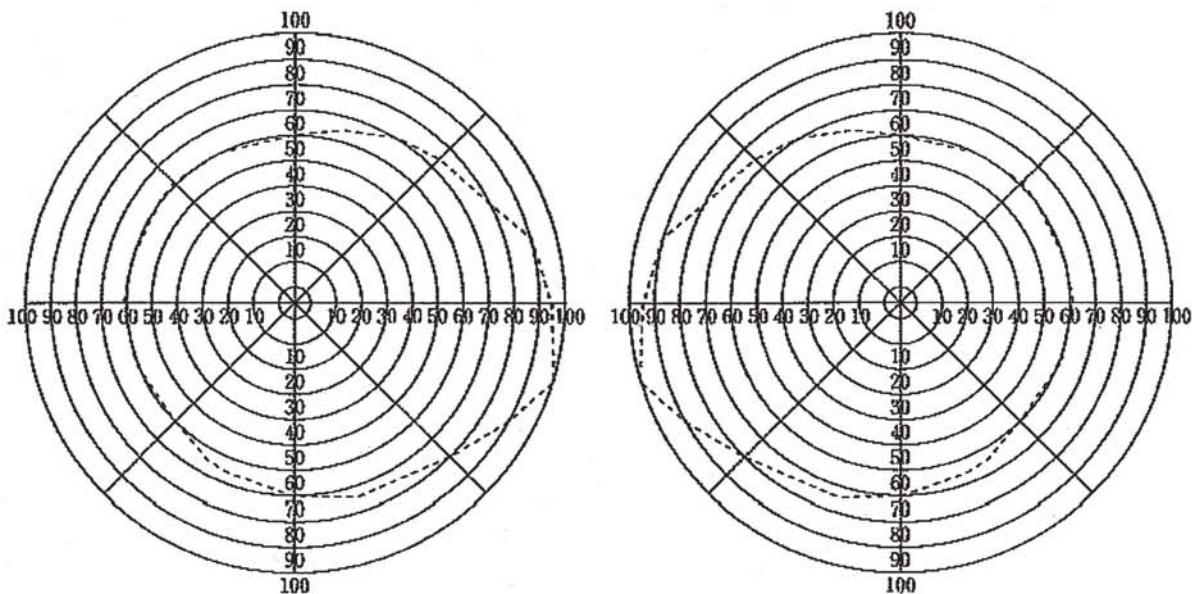
1 視 力

	裸 眼	矯 正
右	(	× D C y l D A x )
左	(	× D C y l D A x )

2 視 野 (ゴールドマン視野計の I / 4 の視標又はそれ以外の測定方法のこれに相当する視標で測定する。)

右

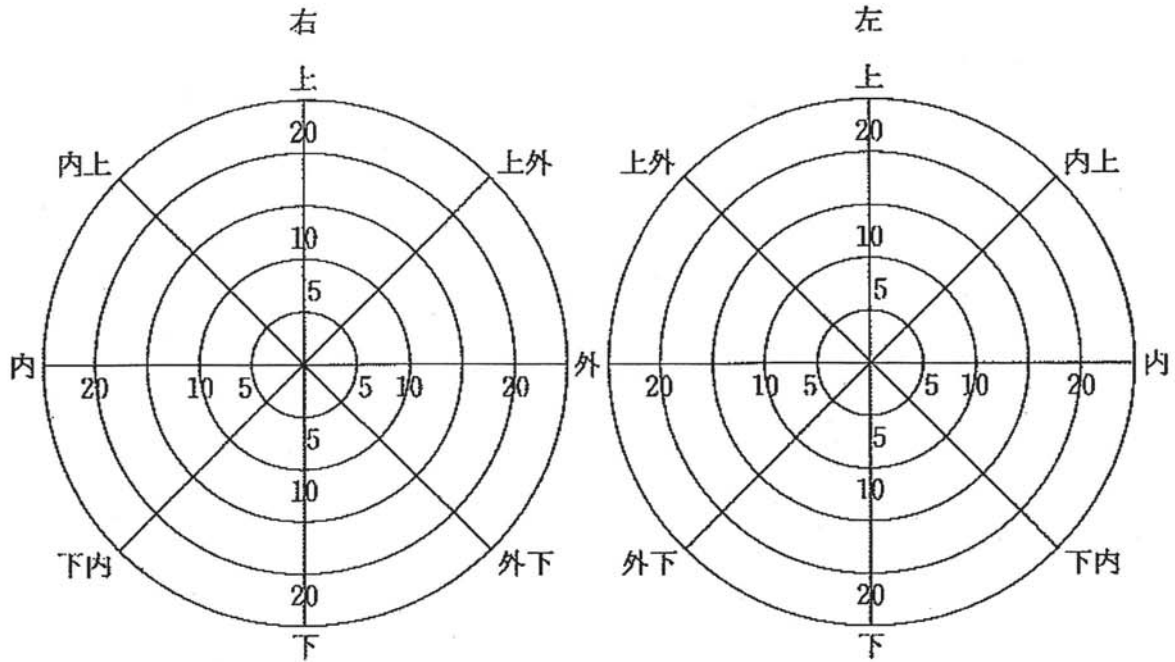
左



視野障害の計測は、点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

- 求心性視野狭窄 右 ( 有・無 ) ・ 左 ( 有・無 )
- 不規則狭窄 右 ( 有・無 ) ・ 左 ( 有・無 )
- 半 盲 ( )
- そ の 他 ( )

3 中心視野 (ゴールドマン視野計の I / 2 の視標又はそれ以外の測定方法のこれに相当する視標で測定する。)



	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
右	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (① ÷ 560 × 100)	% (100 - ②)

	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
左	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (④ ÷ 560 × 100)	% (100 - ⑤)

$$\frac{(\text{③と⑥のうち大きい方}) + (\text{③と⑥のうち小さい方}) \times 3}{4}$$

両眼の損失率
%

4 現 症

	右	左
外 眼		
中間透光体		
眼 底		

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状態及び所見

〔はじめに〕 (認定要領を参照のこと)

この診断書においては、以下の4つの障害区分のうち、認定を受けようとする障害について、□に✓を入れて選択し、その障害に関する「状態及び所見」について記載すること。

なお、音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合については、各々について障害認定することは可能であるが、等級はその中の最重度の等級をもって決定する旨、留意すること(各々の障害の合計指数をもって等級決定することはない)。

- 聴覚障害 → 『1「聴覚障害」の状態及び所見』に記載すること。
- 平衡機能障害 → 『2「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
- 音声・言語機能障害 → 『3「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
- そしゃく機能障害 → 『4「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

1 「聴覚障害」の状態及び所見

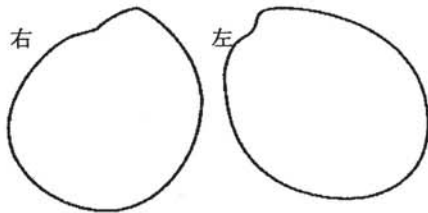
(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

右	d B
左	d B

(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(3) 鼓膜の状態



2 「平衡機能障害」の状態及び所見

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見

(4) 聴力検査の結果

(ア又はイのいずれかを記載する。)

ア 純音による検査  
オーゾメータの型式

	500	1000	2000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100				

イ 語音による検査

語音明瞭度	右	%
	左	%

- 家庭において、家族又は肉親との会話の用をなさない(日常会話は誰が聞いても理解できない)。
- 家庭又は肉親との会話は可能であるが、家庭周辺において他人には殆ど用をなさない。
- 日常会話が可能であるが、不明瞭で不便がある。

4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見

(1) 障害の程度及び検査所見

下の「該当する障害」の□に✓を入れ、さらに①又は②の該当する□に✓又は( )内に必要事項を記述すること。

- 「該当する障害」
- そしゃく・嚥下機能の障害  
→「①そしゃく・嚥下機能の障害」に記載すること。
  - 咬合異常によるそしゃく機能の障害  
→「②咬合異常によるそしゃく機能の障害」に記載すること。

① そしゃく・嚥下機能の障害

a 障害の程度

- 経口的に食物等を摂取できないため、経管栄養を行っている。
- 経口摂取のみでは十分に栄養摂取ができないため、経管栄養を併用している。
- 経口摂取のみで栄養摂取ができるが、誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取方法に著しい制限がある。
- その他

[ ]

b 参考となる検査所見

ア 各器官の一般的検査

〈参考〉各器官の観察点

- ・口唇・下顎：運動能力、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射
- ・舌：形状、運動能力、反射異常
- ・軟口蓋：挙上運動、反射異常
- ・声帯：内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

- 所見（上記の枠内の「各器官の観察点」に留意し、異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること）

[ ]

イ 嚥下状態の観察と検査

〈参考1〉各器官の観察点

- ・口腔内保持の状態
- ・口腔から咽頭への送り込みの状態
- ・喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態
- ・食道入口部の開大と流動物 (bolus) の送り込み

〈参考2〉摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点

- ・摂取できる食物の内容 (固形物、半固形物、流動食)
- ・誤嚥の程度 (毎回、2回に1回程度、数回に1回、ほとんど無し)

- 観察・検査の方法

- エックス線検査 ( )
- 内視鏡検査 ( )
- その他 ( )

- 所見（上記の枠内の〈参考1〉と〈参考2〉の観察点から、嚥下状態について詳細に記載すること）

[ ]

## ② 咬合異常によるそしゃく機能の障害

## a 障害の程度

- 著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする。  
 その他

## b 参考となる検査所見 (咬合異常の程度及びそしゃく機能の観察結果)

ア 咬合異常の程度 (そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察する。)

イ そしゃく機能 (口唇・口蓋裂では、上下顎の咬合関係や形態異常等を観察する。)

## (2) その他 (今後の見込み等)

## (3) 障害程度の等級 (下の該当する障害程度の等級の項目の□に✓を入れること。)

## ① 「そしゃく機能の喪失」(3級)とは、経管栄養以外に方法のないそしゃく・嚥下機能の障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの  
 延髄機能障害 (仮性球麻痺、血管障害を含む。) 及び末梢神経障害によるもの  
 外傷、腫瘍切除等による顎 (顎関節を含む。)、口腔 (舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

## ② 「そしゃく機能の著しい障害」(4級)とは、著しいそしゃく・嚥下機能または、咬合異常によるそしゃく機能の著しい障害をいう。

具体的な例は次のとおりである。

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの  
 延髄機能障害 (仮性球麻痺、血管障害を含む。) 及び末梢神経障害によるもの  
 外傷、腫瘍切除等による顎 (顎関節を含む。)、口腔 (舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの  
 口唇、口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの

## [記入上の注意]

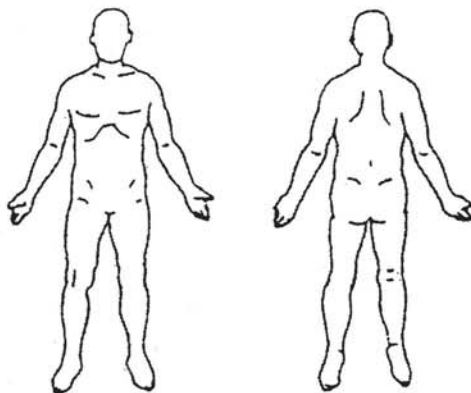
- (1) 聴力障害の認定にあたっては J I S 規格によるオーディオメータで測定すること。  
 dB 値は、周波数 500、1000、2000Hz において測定した値をそれぞれ a、b、c とした場合、  
 $(a + 2b + c) / 4$  の算式により算定し、a、b、c のうちいずれか 1 又は 2 において 100  
 dB の音が聴取できない場合は、当該 dB 値を 105dB として当該算式を計上し、聴力レベルを算  
 定すること。
- (2) 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別  
 様式)の提出を求めるものとする。
- (3) 小腸機能障害を併せもつ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害に  
 よるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。

肢体不自由の状況及び所見

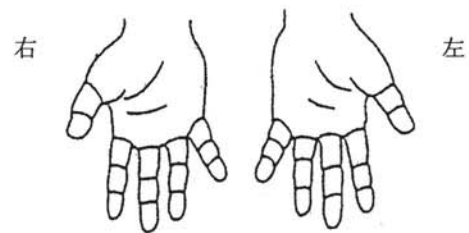
1 神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見(該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入)

- (1) 感覚障害(下記図示): なし ・ 感覚脱失 ・ 感覚鈍麻 ・ 異常感覚
- (2) 運動障害(下記図示): なし ・ 弛緩性麻痺 ・ 痙性麻痺 ・ 固縮 ・ 不随意運動 ・ しんせん ・ 運動失調 ・ その他
- (3) 起因部位 : 脳 ・ 脊髄 ・ 末梢神経 ・ 筋肉 ・ 骨関節 ・ その他
- (4) 排尿・排便機能障害 : なし ・ あり
- (5) 形態異常 : なし ・ 脳 ・ 脊髄 ・ 四肢 ・ その他

参考図示(全身)



参考図示(手)



右  握力 kg  左

(注2) 指の欠損の場合は、各指骨間関節 (IP、PIP、DIP) の残存の有無を明記すること。

×変形  切離断  感覚障害  運動障害

(注1) 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1/2以上であるか否かを明記すること。

計測法

上肢長	肩峰→橈骨茎状突起
下肢長	上前腸骨棘→(脛骨)内果
上腕周径	最大周径
前腕周径	最大周径
大腿周径	膝蓋骨上縁上10cmの周径(小児等の場合は別記)
下腿周径	最大周径

右		左
	上肢長 cm	
	下肢長 cm	
	上腕周径 cm	
	前腕周径 cm	
	大腿周径 cm	
	下腿周径 cm	

- (6) 歩行能力の程度: (  m )
  - (7) 起立位: (  分 )
  - 片脚立位: (右:○ △ ×、左:○ △ ×)
  - (8) 座位: (  分 )
- (注3) 補装具(義肢・装具・つえ等)を使用しない状態で記入すること。

2 動作・活動

自立-○、半介助-△、全介助又は不能-×、( )の中のものを使うときはそれに○

寝返りする		シャツを着て脱ぐ	
足を投げ出して座る(背もたれ)		ズボンははいて脱ぐ(自助具)	
椅子に腰掛ける(背もたれ、肘掛け)		ブラシで歯を磨く(自助具)	
立つ(手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)		顔を洗いタオルでふく	
家の中の移動(壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車椅子)		タオルを絞る	
洋式便器に座る		背中を洗う	
排泄の後始末をする		2階まで階段を上がって下りる(手すり、つえ、松葉づえ)	
(箸で) 食事をする(スプーン、自助具)	右 <input type="text"/> 左 <input type="text"/>	屋外を移動する(家の周辺程度)(つえ、松葉づえ、車椅子)	
コップで水を飲む	右 <input type="text"/> 左 <input type="text"/>	公共の乗り物を利用する	

(注) 身体障害者福祉法の等級は機能障害(impairment)のレベルで認定されるので、( )の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。



3 関節可動域 (ROM) と 筋力テスト (MMT) (この表は必要な部分を記入)

筋力テスト	関節可動域	筋力テスト	筋力テスト	関節可動域	筋力テスト	
↓	↓	↓	↓	↓	↓	
( ) 前屈 ( ) 前屈	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90 	後屈 ( ) 後屈 ( )	頸 体 幹	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180 	右屈 ( ) 右屈 ( )	
右				左		
( ) 屈曲 ( ) 外転 ( ) 外旋 ( ) 屈曲 ( ) 回外 ( ) 掌屈	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90 	伸展 ( ) 内転 ( ) 内旋 ( ) 伸展 ( ) 回内 ( ) 背屈 ( )	肩  肘 前 腕 手	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180 	屈曲 ( ) 外転 ( ) 外旋 ( ) 屈曲 ( ) 回外 ( ) 掌屈 ( )	
( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲	       	伸展 ( ) 伸展 ( ) 伸展 ( ) 伸展 ( ) 伸展 ( ) 伸展 ( ) 伸展 ( ) 伸展 ( )	中 手 指 節 (MP)  近 位 指 節 (PIP)	       	屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( ) 屈曲 ( )	
( ) 屈曲 ( ) 外転 ( ) 外旋 ( ) 屈曲 ( ) 底屈	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90 	伸展 ( ) 内転 ( ) 内旋 ( ) 伸展 ( ) 背屈 ( )	股  膝 足	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180 	屈曲 ( ) 外転 ( ) 外旋 ( ) 屈曲 ( ) 底屈 ( )	
右				左		

備 考

(注)

- 1 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
- 2 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。
- 3 関節可動域の図示は、例示のように両端に太線を引き、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線(〃)を引く。
- 4 筋力については、表( )内に×△○印を記入する。  
×印は、筋力が消失又は著減(筋力 0、1、2 該当)  
△印は、筋力半減(筋力 3 該当)  
○印は、筋力やや減又は正常(筋力 4、5 該当)

例 示

(×) 伸展 屈曲 (△)

- 5 PIPの項の母指はIP関節を示す。
- 6 DIPその他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
- 7 図中塗りつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

## 脳原性運動機能障害用

(該当するものを○で囲むこと。)

## 1 上肢機能障害

## (1) 両上肢機能障害

&lt;ひも結びテスト結果&gt;

1 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

2 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

3 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

4 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

5 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

計 \_\_\_\_\_ 本

## (2) 一上肢機能障害

&lt;5 動作の能力テスト結果&gt;

ア 封筒をはさみで切る時に固定する。 ( 可能・不可能 )

イ 財布からコインを出す。 ( 可能・不可能 )

ウ 傘をさす。 ( 可能・不可能 )

エ 健側の爪を切る。 ( 可能・不可能 )

オ 健側のそで口のボタンをとめる。 ( 可能・不可能 )

## 2 移動機能障害

&lt;下肢・体幹機能評価結果&gt;

ア つたい歩きをする。 ( 可能・不可能 )

イ 支持なしで立位を保持し、その後10m歩行する。 ( 可能・不可能 )

ウ 椅子から立ち上り10m歩行し、再び椅子に座る。 ( 可能・不可能 )

\_\_\_\_\_ 秒

エ 50cm幅の範囲内を直線歩行する。 ( 可能・不可能 )

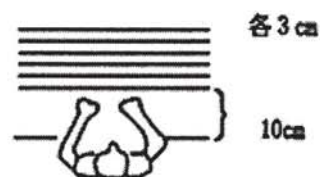
オ 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上る。 ( 可能・不可能 )

(注) この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利なものに適用する。

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

### 1 ひも結びテスト

事務用とじひも(概ね43cm規格のもの)を使用する。



- (1) とじひもを机の上、被験者前方に図のように置き並べる。
- (2) 被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひと結びする。

(注) ○ 上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

○ 手を机上に浮かして結ぶこと。

- (3) 結び目の位置は問わない。
- (4) ひもが落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。
- (5) ひもは検査担当者が随時補充する。
- (6) 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよい。

### 2 5動作の能力テスト

ア 封筒をはさみで切るときに固定する。

患手で封筒をテーブルの上に固定し、健手ではさみを用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上に乗せてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。はさみはどのようなものを用いてもよい。

イ 財布からコインを出す。

財布を患手で持ち、空中に支え(テーブル面上ではなく)、健手でコインを出す。ジッパーを開けて閉めることを含む。

ウ 傘をさす。

開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく座位のままでもよい。肩にかついではいけない。

エ 健側の爪を切る。

大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。

オ 健側のそで口のボタンをとめる。

のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタンをとめる。

女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳以上用)

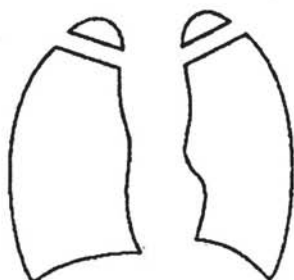
(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

- |                 |               |
|-----------------|---------------|
| ア 動 悸 (有・無)     | キ 浮 腫 (有・無)   |
| イ 息 切 れ (有・無)   | ク 心 拍 数       |
| ウ 呼 吸 困 難 (有・無) | ケ 脈 拍 数       |
| エ 胸 痛 (有・無)     | コ 血 圧 (最大、最小) |
| オ 血 痰 (有・無)     | サ 心 音         |
| カ チアノーゼ (有・無)   | シ その他の臨床所見    |

ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等

2 胸部エックス線所見 ( 年 月 日)



心胸比 ( %)

3 心電図所見 ( 年 月 日)

- |                                                        |                 |
|--------------------------------------------------------|-----------------|
| ア 陳旧性心筋梗塞                                              | (有 ・ 無)         |
| イ 心室負荷像                                                | (有<右室、左室、両室>・無) |
| ウ 心房負荷像                                                | (有<右房、左房、両房>・無) |
| エ 脚ブロック                                                | (有 ・ 無)         |
| オ 完全房室ブロック                                             | (有 ・ 無)         |
| カ 不完全房室ブロック                                            | (有<第 度> ・ 無)    |
| キ 心房細動 (粗動)                                            | (有 ・ 無)         |
| ク 期外収縮                                                 | (有 ・ 無)         |
| ケ STの低下                                                | (有< mV> ・ 無)    |
| コ 第I誘導、第II誘導又は胸部誘導 (ただし、V <sub>1</sub> を除く。) いずれかのTの逆転 | (有 ・ 無)         |
| サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下                             | (有 ・ 無)         |
| シ その他の心電図所見                                            |                 |
| ス 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見 (発作年月日記載)                       |                 |

## 4 活動能力の程度

ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こらないもの。

イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰り返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの。

ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの。

エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返し必要としているもの。

オ 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は繰返してアダムスストークス発作が起こるもの。

## 5 人工ペースメーカー等

ア 人工ペースメーカー (有 ・ 無)

イ 人工弁移植、弁置換 (有 ・ 無)

## 6 冠動脈造影所見

(注) 人工ペースメーカーを装着したもの又は人工弁移植、弁置換を行なった、1級相当の意見書には、2 胸部エックス線所見、3 心電図所見、4 活動能力の程度 については術後の所見を記載してください。

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳未満用)

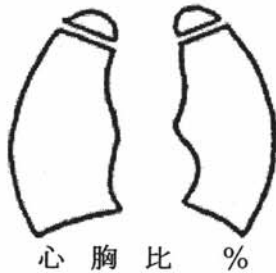
(該当するものを○で囲むこと。)

1 臨床所見

- ア 著しい発育障害 (有・無)      オ チアノーゼ (有・無)
- イ 心音・心雑音の異常 (有・無)      カ 肝腫大 (有・無)
- ウ 多呼吸又は呼吸困難 (有・無)      キ 浮腫 (有・無)
- エ 運動制限 (有・無)

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見(      年      月      日)



- ア 心胸比0.56以上 (有・無)
- イ 肺血流量増又は減 (有・無)
- ウ 肺静脈うっ血像 (有・無)

(2) 心電図所見(      年      月      日)

- ア 心室負荷像 (有<右室、左室、両室>・無)
- イ 心房負荷像 (有<右房、左房、両房>・無)
- ウ 病的な不整脈 [種類                      ] (有・無)
- エ 心筋障害像 [所見                      ] (有・無)

(3) 心エコー図、冠動脈造影所見(      年      月      日)

- ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 (有・無)
- イ 冠動脈瘤又は拡張 (有・無)
- ウ その他

3 養護の区分

- (1) 6か月～1年ごとの観察      (4) 継続的要医療
- (2) 1か月～3か月ごとの観察      (5) 重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的医療を要するもの
- (3) 症状に応じて要医療

## じん臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲むこと。)

## 1 じん臓機能

ア 内因性クレアチンクリアランス値 ( ml/分) 測定不能

イ 血清クレアチニン濃度 ( mg/dl)

ウ 血清尿素窒素濃度 ( mg/dl)

エ 24時間尿量 ( ml/日)

オ 尿所見 ( )

## 2 その他参考となる検査所見 (胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)

## 3 臨床症状 (該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の [ ] 内に記入すること。)

ア じん不全に基づく末梢神経症 (有・無) [ ]

イ じん不全に基づく消化器症状 (有・無) [食思不振、悪心、おう吐、下痢]

ウ 水分電解質異常 (有・無) 

Na	mEq/l、	K	mEq/l
Ca	mEq/l、	P	mg/dl
浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、			
その他 ( )			

エ じん不全に基づく精神異常 (有・無) [ ]

オ エックス線写真所見上における骨異栄養症

(有・無) [高度、中等度、軽度]

カ じん性貧血 (有・無) Hb g/dl、Ht %

赤血球数  $\times 10^4 / \text{mm}^3$ キ 代謝性アシドーシス (有・無)  $[\text{HCO}_3 \text{ mEq/l}]$ ク 重篤な高血圧症 (有・無) 最大血圧/最小血圧  
mmHgケ じん不全に直接関連するその他の症状  
(有・無) [ ]

## 4 現在までの治療内容 (慢性透析療法の実施の有無等)

慢性透析療法の実施 (有 &lt;回数 /週、期間 ~ &gt;・無)

5 日常生活の制限による分類

ア 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの。

イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの。

ウ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの。

エ 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの。



## 呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲むこと。)

## 1 身体計測

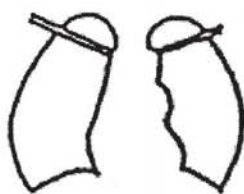
身長 cm 体重 Kg

## 2 活動能力の程度

- ア 階段を人並みの速さで上れないが、ゆっくりなら上れる。  
 イ 階段をゆっくりでも上れないが、途中休みながらなら上れる。  
 ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。  
 エ ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。  
 オ 息苦しくて身のまわりのこともできない。

## 3 胸部エックス線写真所見 ( 年 月 日)

- ア 胸膜癒着 (無・軽度・中等度・高度)  
 イ 気腫化 (無・軽度・中等度・高度)  
 ウ 線維化 (無・軽度・中等度・高度)  
 エ 不透明肺 (無・軽度・中等度・高度)  
 オ 胸郭変形 (無・軽度・中等度・高度)  
 カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中等度・高度)



## 4 換気機能 ( 年 月 日)

- ア 予測肺活量 ml  
 イ 1秒量 ml  
 ウ 予測肺活量1秒率 %  $(=\frac{\text{イ}}{\text{ア}} \times 100)$

(ア及びウについては、次のノモグラムを使用すること。)

5 動脈血ガス( 年 月 日 : 可能な限りルームエアー下で測定すること。)  
(該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の [ ] 内に記入すること)

ア 検査の時の酸素投与の状況 [ 有 ( ℓ/分) ・無 ]

イ アで有の場合、動脈血採血までの酸素投与を中止した時間 ( 分)

ウ O<sub>2</sub>分圧 Torr

エ CO<sub>2</sub>分圧 Torr

オ pH

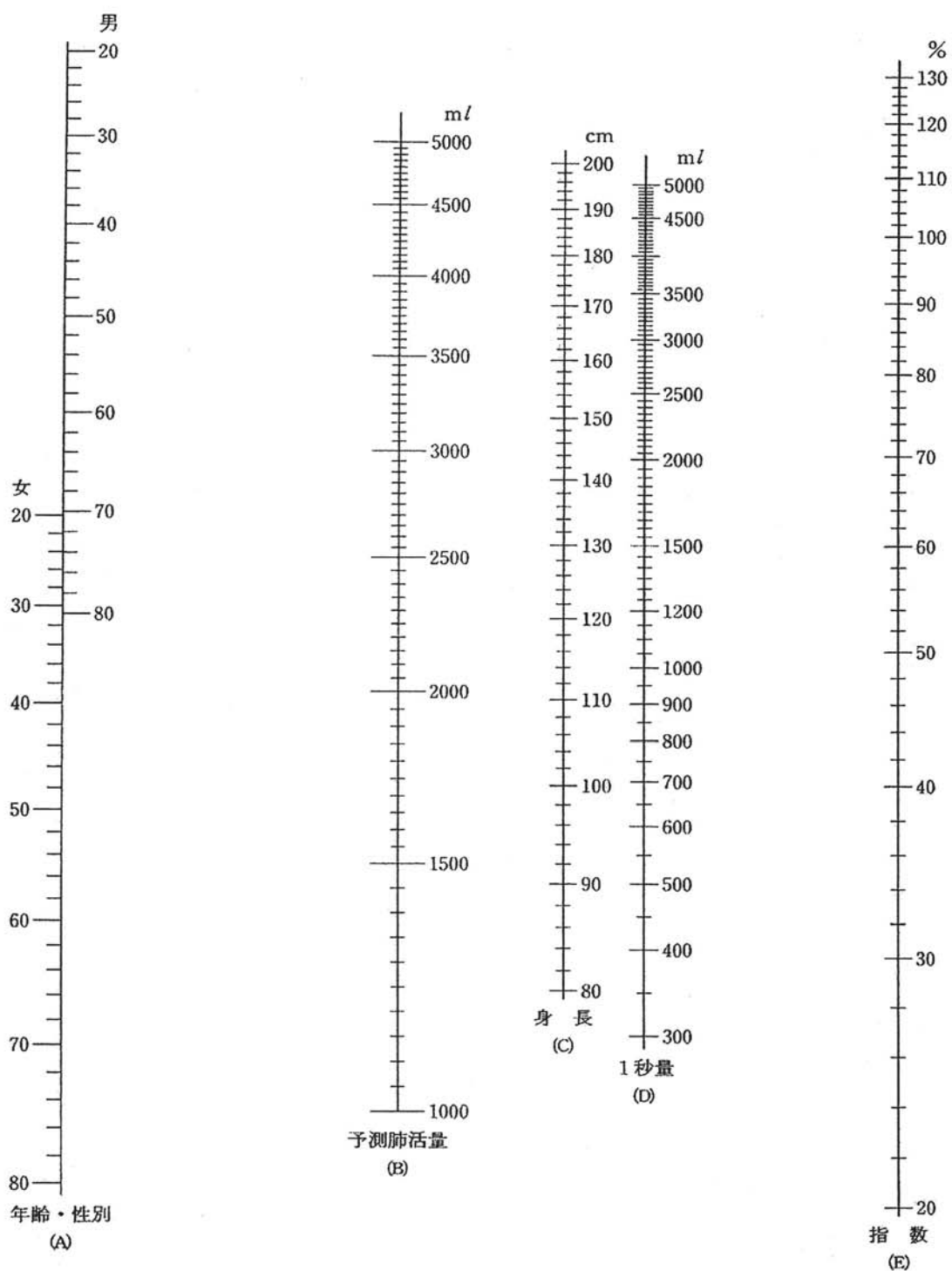
カ 採血より分析までに時間を要した場合 ( 時間 分)

キ 耳朶血を用いた場合 : [ ]

6 在宅酸素療法の有無 [ 有 ( ℓ/分) ・無 ]

※ 有の場合 ( 常時・労作時 )

7 その他の臨床所見



ノモグラムの使い方

- 1 (A)と(C)から、(B)上にBaldwinの予測式による予測肺活量が得られる。(B)と(D)とから(E)上に予測肺活量に対する1秒率が得られる。
- 2 (D)を1秒量の代わりに実測肺活量とすれば、(B)と(D)とから(E)上にパーセント肺活量が得られる。
- 3 (B)に実測肺活量を代入すれば、(B)と(D)とから(E)上に通常の1秒率が得られる。

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

〔記入上の注意〕

- ・ 「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- ・ 1～3の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記述すること。
- ・ 障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。

1. ぼうこう機能障害

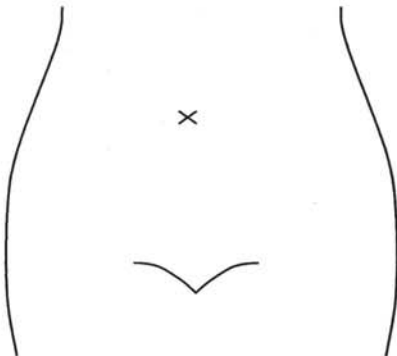
□ 尿路変向（更）のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
  - 腎瘻
  - 尿管瘻
  - ぼうこう瘻
  - 回腸（結腸）導管
  - その他 [ \_\_\_\_\_ ]

② 術式： [ \_\_\_\_\_ ]

③ 手術日： [ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

(2) ストマにおける排尿処理の状態

○ 長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

□ 有

(理由)

- 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある。(部位、大きさについて図示)

□ ストマの変形

□ 不適切な造設箇所

□ 無

□ 高度の排尿機能障害

(1) 原因

□ 神経障害

□ 先天性： [ \_\_\_\_\_ ]  
(例：二分脊椎 等)

□ 直腸の手術

・ 術式： [ \_\_\_\_\_ ]  
・ 手術日： [ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

□ 自然排尿型代用ぼうこう

・ 術式： [ \_\_\_\_\_ ]  
・ 手術日： [ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

□ カテーテルの常時留置

□ 自己導尿の常時施行

□ 完全尿失禁

□ その他



2. 直腸機能障害

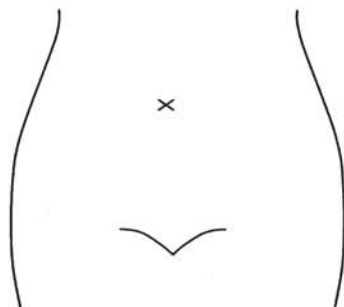
腸管のストマ

(1) 種類・術式

- 空腸・回腸ストマ
- ① 種類  上行・横行結腸ストマ  
 下行・S状結腸ストマ  
 その他 [ \_\_\_\_\_ ]

② 術式： [ \_\_\_\_\_ ]

③ 手術日： [ \_\_\_\_\_ 年 月 日 ]



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

(2) ストマにおける排便処理の状態

- 長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

有  
(理由)

- 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある。(部位、大きさについて図示)  
 ストマの変形  
 不適切な造設箇所

無

(3) ストマの造設の状態

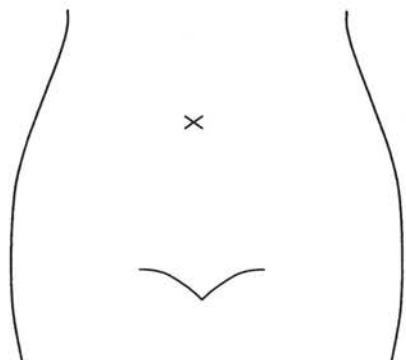
- 永久的ストマ  
 ストマ閉鎖の見込み有り

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- ① 放射線障害  
 疾患名： [ \_\_\_\_\_ ]
- ② その他  
 疾患名： [ \_\_\_\_\_ ]

(2) 瘻孔の数： [ \_\_\_\_\_ 個 ]



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態

- 大部分  
 一部分

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある。(部位、大きさについて図示)

その他

[ \_\_\_\_\_ ]

高度の排便機能障害

(1) 原因

- 先天性疾患に起因する神経障害

[ \_\_\_\_\_ ]

(例：二分脊椎 等)

- その他

- 先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日： [ 年 月 日 ]

- 小腸肛門吻合術

手術日： [ 年 月 日 ]

(2) 排便機能障害の状態・対応

- 完全便失禁

- 軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。

- 週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

- その他

[ \_\_\_\_\_ ]

3. 障害程度の等級

(1 級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3 級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもつもの
- 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- 尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの
- 尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4 級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向（更）のストマをもつもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度な排便機能障害があるもの

## 小腸の機能障害の状況及び所見

身長	cm	体重	kg	体重減少率 (観察期間)	%
----	----	----	----	-----------------	---

## 1 小腸切除の場合

(1) 手術所見(できれば手術記録の写を添付すること。)

ア	切除小腸の部位	・長さ	cm
イ	残存小腸の部位	・長さ	cm
ウ	手術施行医療機関名		

(2) 小腸造影所見((1)が不明のときのみ記入し、小腸造影の写しを添付すること。)  
推定残存小腸の長さ、その他の所見

## 2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]

切除部位 病変部位 

## 3 栄養維持の方法(該当するものを○で囲むこと。)

(1) 中心静脈栄養法:

ア 開始日 年 月 日

イ カテーテル留置部位 \_\_\_\_\_

ウ 装具の種類 \_\_\_\_\_

エ 最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)

オ 療法の連続性 (持続的・間歇的)

カ 熱量 (1日当たり Kcal)

## (2) 経腸栄養法:

ア 開 始 日 年 月 日

イ カテーテルの留置部位 \_\_\_\_\_

ウ 最近 6 か月間の実施状況 (最近 6 か月間に 日間)

エ 療 法 の 連 続 性 (持 続 的 ・ 間 歇 的)

オ 熱 量 (1 日当たり Kcal)

## (3) 経口摂取:

ア 摂取の状態 (普通食、軟食、流動食、低残渣食)

イ 摂取量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状: (下痢、軟便、正常)、排便回数(1 日 回)

5 検査所見(測定日 年 月 日)

ア 赤 血 球 数 /mm<sup>3</sup>

イ 血 清 総 蛋 白 濃 度 g/dl

ウ 血 清 総 コレステロール濃度 mg/dl

エ 血 清 ナトリウム濃度 mEq/l

オ 血 清 クロール濃度 mEq/l

カ 血 清 カルシウム濃度 mEq/l

キ 血 色 素 量 g/dl

ク 血 清 アルブミン濃度 g/dl

ケ 中 性 脂 肪 mg/dl

コ 血 清 カリウム濃度 mEq/l

サ 血 清 マグネシウム濃度 mEq/l

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜附着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による 1 日当たり熱量は、1 週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表 1 級又は 3 級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は 6 か月間の観察期間を経て行うものとする。



## ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見 (13歳以上用)

## 1 HIV 感染確認日及びその確認方法

HIV 感染を確認した日 年 月 日

(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。

## (1) HIV の抗体スクリーニング検査法の結果

	検 査 法	検 査 日	検査結果
判 定 結 果		年 月 日	陽性、陰性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

## (2) 抗体確認検査又は HIV 病原検査の結果

	検 査 名	検 査 日	検査結果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性、陰性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽性、陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot 法、蛍光抗体法 (IFA) 等の検査をいう。

注3 「HIV 病原検査」とは、HIV 抗原検査、ウイルス分離、PCR 法等の検査をいう。

## 2 エイズ発症の状況

HIV に感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠

注4 「指標疾患」とは、「サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準」(厚生省エイズ動向委員会、1999) に規定するものをいう。

回復不能なエイズ合併症のため 介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
------------------------------	-----------

3 CD4 陽性 T リンパ球数 ( $/\mu l$ )

検 査 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	$/\mu l$	$/\mu l$
年 月 日	$/\mu l$	

注5 左欄には、4 週間以上間隔をおいて実施した連続する 2 回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載すること。

4 検査所見、日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	年 月 日	年 月 日
白血球数	$/\mu l$	$/\mu l$

検査日	年 月 日	年 月 日
Hb 量	g/dl	g/dl

検査日	年 月 日	年 月 日
血小板数	$/\mu l$	$/\mu l$

検査日	年 月 日	年 月 日
HIV-RNA 量	copy/ml	copy/ml

注6 4 週間以上の間隔をおいて実施した連続する 2 回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数 [ 個] …… ①
--------------------

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
1 日に 1 時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に 7 日以上ある	有 ・ 無
健常時に比し 10% 以上の体重減少がある	有 ・ 無
月に 7 日以上 of 不定の発熱 (38℃ 以上) が 2 か月以上続く	有 ・ 無
1 日に 3 回以上の泥状ないし水様下痢が月に 7 日以上ある	有 ・ 無

1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・無
「身体障害認定基準」6ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のアの(ア)のjに示す日和見感染症の既往がある	有・無
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	有・無
軽作業を超える作業の回避が必要である	有・無
日常生活活動制限の数 [            個] …… ②	

注7 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載する。

注8 「生鮮食料品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「厳密な服薬管理」、「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

(3) 検査所見及び日常生活活動制限等の該当数

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
CD4陽性Tリンパ球数の平均値 ( $/\mu l$ )	$/\mu l$
検査所見の該当数 (①)	個
日常生活活動制限の該当数 (②)	個

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状態及び所見 (13歳未満用)

1 HIV 感染確認日及びその確認方法

HIV 感染を確認した日 年 月 日

小児の HIV 感染は、原則として以下の(1)および(2)の検査により確認される。

(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親が HIV に感染していたと考えられる検査時に生後18か月未満の小児については、さらに以下の(1)の検査に加えて、(2)のうち「HIV 病原検査の結果」又は(3)の検査による確認が必要である。

(1) HIV の抗体スクリーニング検査法の結果

	検 査 法	検 査 日	検査結果
判 定 結 果		年 月 日	陽性、陰性

注 1 酵素抗体法 (ELISA)、粒子凝集法 (PA)、免疫クロマトグラフィー法 (IC) 等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又は HIV 病原検査の結果

	検 査 名	検 査 日	検査結果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性、陰性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽性、陰性

注 2 「抗体確認検査」とは、Western Blot 法、蛍光抗体法 (IFA) 等の検査をいう。

注 3 「HIV 病原検査」とは、HIV 抗原検査、ウイルス分離、PCR 法等の検査をいう。

(3) 免疫学的検査所見

	検査日	年 月 日
IgG		mg/dl

	検査日	年 月 日
全リンパ球数 (①)		/ $\mu$ l
CD 4 陽性 T リンパ球数 (②)		/ $\mu$ l

全リンパ球数に対する CD 4 陽性 T リンパ球数の割合 ([②]/[①])	%
CD 8 陽性 T リンパ球数 (③)	/ $\mu$ l
CD 4/CD 8 比 ([②]/[③])	

## 2 障害の状況

## (1) 免疫学的分類

検査日	年 月 日	免疫学的分類
CD 4 陽性 T リンパ球数	/ $\mu$ l	重度低下・中等度低下・正 常
全リンパ球数に対する CD 4 陽性 T リンパ球数の割合	%	重度低下・中等度低下・正 常

注 4 「免疫学的分類」欄では「身体障害認定基準」6 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(2)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

## (2) 臨床症状

以下の臨床症状の有無（既往を含む）について該当する方を○で囲むこと。

## ア 重度の症状

指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠

注 5 「指標疾患」とは、「サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準」（厚生省エイズ動向委員会、1999）に規定するものをいう。

## イ 中等度の症状

臨床症状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症 (<1,000/ $\mu$ l)	有・無
30日以上続く貧血 (<Hb 8g/dl)	有・無
30日以上続く血小板減少症 (<100,000/ $\mu$ l)	有・無

1 か月以上続く発熱	有・無
反復性又は慢性の下痢	有・無
生後 1 か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有・無
生後 1 か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有・無
生後 1 か月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無
6 か月以上の小児に 2 か月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有・無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎 (1 年以内に 2 回以上)	有・無
2 回以上又は 2 つの皮膚節以上の帯状疱疹	有・無
細菌性の髄膜炎、肺炎または敗血症	有・無
ノカルジア症	有・無
播種性水痘	有・無
肝炎	有・無
心筋症	有・無
平滑筋肉腫	有・無
HIV 腎症	有・無
臨床症状の数 [            個] …… ①	

注 6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫脹(2 か所以上で0.5cm 以上。対称性は 1 か所とみなす。)	有・無
肝腫大	有・無
脾腫大	有・無
皮膚炎	有・無
耳下腺炎	有・無
反復性又は持続性の上気道感染	有・無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有・無
反復性又は持続性の中耳炎	有・無
臨床症状の数 [            個] …… ②	

注 7 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

## 肝臓の機能障害の状態及び所見

## 1 肝臓機能障害の重症度

	検査日 (第1回)		検査日 (第2回)	
	年 月 日		年 月 日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ		なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	
腹水	なし・軽度 中程度以上		なし・軽度 中程度以上	
	概ね ℓ		概ね ℓ	
血清アルブミン値	g/dℓ		g/dℓ	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dℓ		mg/dℓ	

合計点数	点	点
3点項目の有無 (血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値)	有 ・ 無	有 ・ 無

注1 90日以上 180日以内の間隔をおいて実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度 (Ⅰ・Ⅱ)	昏睡 (Ⅲ以上)
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8~3.5g/dℓ	2.8g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0mg/dℓ未満	2.0~3.0mg/dℓ	3.0mg/dℓ超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム (1981年) による。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能な者を軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

## 2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを 摂取していない	○ ・ ×	○ ・ ×
改善の可能性のある 積極的治療を実施	○ ・ ×	○ ・ ×

## 3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有 ・ 無	実施年月日	年 月 日
抗免疫療法の実施	有 ・ 無		

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2、4の記載は省略可能である。

4 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dℓ以上		有 ・ 無
	検査日	年 月 日	
	血中アンモニア濃度150μg/dℓ以上		有 ・ 無
検査日	年 月 日		
血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下		有 ・ 無	
検査日	年 月 日		
症状に影響する病歴	原発性肝がん治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年 月 日	
現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		有 ・ 無	
最終確認日	年 月 日		
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある		有 ・ 無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある		有 ・ 無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある		有 ・ 無

該当個数	個
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	有 ・ 無

別記様式第12号を削る。

別記様式第11号中「(第10条関係)」を「(第12条関係)」に改め、同様式を別記様式第14号とする。

別記様式第10号中「(第10条関係)」を「(第12条関係)」に改め、同様式を別記様式第13号とする。

別記様式第9号中「(第10条関係)」を「(第12条関係)」に改め、同様式を別記様式第12号とする。

別記様式第8号を次のように改める。



様式第11号 (第11条関係)

## 却 下 決 定 通 知 書

第 号  
年 月 日

様

宮崎県知事 印

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帳交付については、  
下記の理由により却下することに決定したので通知します。

## 記

(却下理由)

(教示)

この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に宮崎県知事に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、宮崎県を被告として（訴訟において宮崎県を代表する者は宮崎県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

別記様式第11号の前に次の2様式を加える。

様式第9号 (第9条関係)

第 年 月 日 号

身体障害者手帳 ( 交 付 ) 通知書  
( 記載事項変更 )

保健所長 殿

福祉事務所長 印  
町 村 長

下記のとおり身体障害者手帳 ( を 交 付 ) されたので、身体障害者福祉法  
( の記載事項が変更 )

施行令第 ( 第8条第2項 ) の規定により通知します。  
( 第 1 1 条 )

記

児 童 氏 名 現 年 月 日生  
旧

居 住 地 現  
旧

保 護 者 氏 名 現 年 月 日生 続柄  
旧

居 住 地 現  
旧

身体障害者手帳交付年月日 年 月 日  
(変更届受理年月日)

身体障害者手帳番号

障害名及び等級 種 級

様式第10号 (第10条関係)

第 号  
年 月 日

## 身体障害者死亡通知書

宮崎県知事 殿

福祉事務所長 印  
町 村 長

下記の者について、 年 月 日をもってその死亡が確認されたので通知します。

## 記

氏 名

居 住 地

生年月日 年 月 日

手帳番号		交付年月日	
障 害 名		死亡年月日	

(注) 当該身体障害者の死亡を確認できる書類を添付すること。

別記様式第 7 号を別記様式第 8 号とし、別記様式第 6 号を別記様式第 7 号とし、別記様式第 5 号の次に次の 1 様式を加える。

様式第 6 号 (第 7 条関係)

第 年 月 日 号

身体障害者居住地等変更通知書

殿

宮崎県知事 印

下記の者は、 年 月 日をもって転入し (居住地 氏名) の変更届があったので

受理し、変更処理したので通知します。

なお、更生指導の経過等に関する資料を福祉事務所長・町村長あて送付願います。

記

(旧) 居住地

(旧) 氏名

生年月日

手帳番号		交付年月日	
障害名		変更後の居住地 氏名	

身体障害者手帳交付台帳抹消済 年 月 日  
 管轄福祉事務所連絡済 年 月 日  
 更生指導の経過等に関する資料送付済 年 月 日

## 附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成22年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の身体障害者福祉法施行細則（以下「改正前の規則」という。）の規定に基づいて提出されている申請書その他の書類は、この規則による改正後の身体障害者福祉法施行細則の相当規定に基づいて提出された申請書その他の書類とみなす。

3 この規則の施行の際現に存する改正前の規則の規定に定める様式による用紙は、当分の間、所要の事項を適宜補正して使用することができる。

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22年3月31日

宮崎県知事 東国原 英 夫

## 宮崎県規則第13号

## 障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則

障害者自立支援法施行細則（平成18年宮崎県規則第83号）の一部を次のように改正する。

別記様式第1号付表7、7-2及び7-3中

- 「  

⑦主たる対象者：	知的障害者 ・ 精神障害者
----------	---------------

を  
」  
「  

⑦主たる対象者：	身体障害者 ・ 知的障害者 ・ 精神障害者
----------	-----------------------

に改める。  
」

別記様式第6号中

- 「  

受給者番号	
-------	--

を  
」  
「  

受給者番号		職権調査同意	同意する ・ 同意しない
治療方針の変更	有（診断書の添付が必要）		無

に、  
」  
「6 申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかにしてください。」  
」を  
「6 「職権調査」とは、申請書及び添付書類で所得額等を認定できない場合、申請者の負担軽減のため、実施機関が、職権に基づき市町村等から世帯や所得等の情報の提供を受けることをいいます。いずれかに○をしてください（同意があっても、申請者に書類の提出を求めることがあります。）。  
」に、  
7 「治療方針の変更」の欄は、継続申請（診断書の提出が2年目のことをいいます。）の方のみ記入してください（平成22年4月支給認定分の申請から適用）。  
」  
8 申請者氏名は、記名押印又は自筆による署名のいずれかにしてください。  
」

- 「  

前回の受給者番号		今回の受給者番号	
----------	--	----------	--

を  
」  
「  

前回の受給者番号		今回の受給者番号	
診断書の提出	医療用（1年目） ・ 医療用（2年目） ・ 手帳用（1年目） ・ 手帳用（2年目） ・ 手帳で新規		

に改める。  
」

別記様式第7号中

- 「  

障害の種類 (該当するものに ○をつける)	(1)肢体不自由	(2)視覚障害	(3)聴覚・平衡機能障害
	(4)音声・言語・そしゃく機能障害	(5)心臓機能障害	(6)腎臓機能障害
	(7)小腸機能障害	(8)その他内臓障害	(9)免疫機能障害

を  
」  
「  

--	--

」

障害の種類 (該当するものに ○をつける)	(1)肢体不自由	(2)視覚障害	(3)聴覚・平衡機能障害	に改める。
	(4)音声・言語・そしゃく機能障害	(5)心臓機能障害	(6)腎臓機能障害	
	(7)小腸機能障害	(8)肝臓機能障害	(9)その他内臓障害	

別記様式第13号 (その1) 中

3 「担当しようとする医療の種類」は、次のうち希望するものを記載してください。

- |                |                 |                |
|----------------|-----------------|----------------|
| (1)眼科に関する医療    | (2)耳鼻咽喉科に関する医療  | (3)口腔に関する医療    |
| (4)整形外科に関する医療  | (5)形成外科に関する医療   | (6)中枢神経に関する医療  |
| (7)脳神経外科に関する医療 | (8)心臓脈管外科に関する医療 | (9)腎臓に関する医療    |
| (10)腎移植に関する医療  | (11)小腸に関する医療    | (12)歯科矯正に関する医療 |
| (13)免疫に関する医療   |                 |                |

3 「担当しようとする医療の種類」は、次のうち希望するものを記載してください。

- |                |                 |               |
|----------------|-----------------|---------------|
| (1)眼科に関する医療    | (2)耳鼻咽喉科に関する医療  | (3)口腔に関する医療   |
| (4)整形外科に関する医療  | (5)形成外科に関する医療   | (6)中枢神経に関する医療 |
| (7)脳神経外科に関する医療 | (8)心臓脈管外科に関する医療 | (9)心臓移植に関する医療 |
| (10)腎臓に関する医療   | (11)腎移植に関する医療   | (12)小腸に関する医療  |
| (13)肝臓移植に関する医療 | (14)歯科矯正に関する医療  | (15)免疫に関する医療  |

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成22年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の障害者自立支援法施行細則（以下「改正前の規則」という。）の規定に基づいて提出されている申請書その他の書類は、この規則による改正後の障害者自立支援法施行細則の相当規定に基づいて提出された申請書その他の書類とみなす。

3 この規則の施行の際現に存する改正前の規則の規定に定める様式による用紙は、当分の間、所要の事項を適宜補正して使用することができる。