

島根県報

号外第四七号

平成十五年三月二十八日

(金曜日)

規 則 目 次

児童福祉法に基づく指定居宅支援事業者の指定等に関する規則	(障害者福祉課)	二
身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則	(〃)	一一
知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則	(〃)	二七
島根県立身体障害者授産センター規則	(〃)	四四
知的障害者福祉法第二十七条の規定に基づく費用の徴収に関する規則を廃止する規則	(〃)	四八
身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則	(〃)	四八
知的障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則	(〃)	六二

公布された条例等のあらまし

◇児童福祉法に基づく指定居宅支援事業者の指定等に関する規則 (規則第四六号)

一 規則の概要

児童福祉法の改正により、知事が児童の居宅生活支援を行う事業者を指定することとなったことに伴い、指定の申請、変更等の届出及び公示の方法等を定めることとした。

二 施行期日

平成十五年四月一日から施行することとした。

◇身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則 (規則第四七号)

一 規則の概要

身体障害者福祉法の改正により、知事が身体障害者の居宅生活支援を行う事業者及び施設訓練等支援を行う施設を指定することとなったことに伴い、指定の申請、変更等の届出及び公示の方法等を定めることとした。

二 施行期日

平成十五年四月一日から施行することとした。

◇知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則 (規則第四八号)

一 規則の概要

知的障害者福祉法の改正により、知事が知的障害者の居宅生活支援を行う事業者及び施設訓練等支援を行う施設を指定することとなったことに伴い、指定の申請、変更等の届出及び公示の方法等を定めることとした。

二 施行期日

平成十五年四月一日から施行することとした。

◇島根県立身体障害者授産センター規則 (規則第四九号)

一 規則の概要

- 1 授産センターに設ける授産種目について定めることとした。(第二条関係)
- 2 授産センターの定員について定めることとした。(第三条関係)
- 3 授産センターの休業日について定めることとした。(第四条関係)
- 4 授産センターへの入所期間について定めることとした。(第五条関係)
- 5 授産センターに入所しようとする場合において必要な手続を定めることとした。(第六条関係)
- 6 授産センターの長(以下「所長」という。)による入所の承諾等の決定に關して必要な事項を定めることとした。(第七条関係)
- 7 入所者は、所長が定める規程等を遵守しなければならないこととした。(第八条関係)

8 所長は、入所者が特定の事由に該当するときは、入所者の退所について決定することとした。(第十条関係)

二 施行期日

平成十五年四月一日から施行することとした。

◇知的障害者福祉法第二十七条の規定に基づく費用の徴収に関する規則を廃止する規則(規則第五〇号)

一 規則の概要

知的障害者福祉法の改正に伴い、知的障害者福祉法第二十七条の規定に基づく費用の徴収に関する規則を廃止することとした。

二 施行期日

平成十五年四月一日から施行することとした。

◇身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則(規則第五一号)

一 規則の概要

身体障害者福祉法施行令、身体障害者福祉法施行規則及び身体障害認定の取扱いが一部改正されたことに伴い、所要の改正を行うこととした。

二 施行期日

平成十五年四月一日から施行することとした。

◇知的障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則(規則第五二号)

一 規則の概要

知的障害者福祉法の改正により、県が援護の実施者となり行ってきた業務を市町村において実施することになったことに伴い、所要の改正を行うこととした。

二 施行期日

平成十五年四月一日から施行することとした。

規 則

児童福祉法に基づく指定居宅支援事業者の指定等に関する規則をここに公布する。

平成十五年三月二十八日

島根県規則第四十六号

児童福祉法に基づく指定居宅支援事業者の指定等に関する規則

(趣旨)

第一条 児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号。以下「法」という。)に基づく指定居宅支援事業者(以下「事業者」という。)の指定等については、法及び児童福祉法施行規則(昭和二十三年厚生省令第十一号。以下「省令」という。)に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

(指定の申請)

第二条 法第二十一条の十七第一項の申請は、様式第一号によるものとする。

(変更等の届出)

第三条 法第二十一条の二十の規定による届出は、省令第二十一条の十七第一項に規定する事項にあっては様式第二号、同条第三項に規定する事項にあっては様式第三号によるものとする。

(公示)

第四条 法第二十一条の二十三の規定による公示は、次に掲げる事項について行うものとする。

- 一 支援事業所番号
- 二 事業者の名称及び所在地
- 三 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
- 四 指定、指定の辞退又は指定の取消しの年月日
- 五 サービスの種類

(申請書の経由)

第五条 法、省令及びこの規則の規定により知事に提出する申請書又は届出書の部数は、正副二通とし、当該事業者の事業所の所在地を管轄する隠岐支庁長又は健康福祉センター所長を経由しなければならない。

(雑則)

第六条 この規則に定めるもののほか、事業者の指定等に関し必要な事項は、知事が別に定める。

島根県知事 澄 田 信 義

附 則

この規則は、平成十五年四月一日から施行する。

様式第1号 (第2条関係)

受付番号

指定居宅支援事業所指定申請書

年 月 日

島根県知事 様

申請者 所在地 名称

児童福祉法に規定する事業所に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。記

事業所所在地市町村番号

Main application form table with sections for applicant information, business location, and existing designations.

- 備考 1 「受付番号」欄及び「事業所所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
2 「法人である場合その種別」欄は、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、有限会社等の別を記載してください。
3 「代表者の職・氏名」欄及び「代表者の住所」欄は、申請者が法人である場合に記載してください。
4 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
5 「実施事業」欄は、今回申請する事業に該当する欄には「◎」、既に指定等を受けている事業に該当する欄には「○」を記載してください。
6 「様式」欄は、申請書に添付する付表の種類を記載してください。
7 「他の法律において既に指定を受けている事業等」欄は、身体障害者福祉法又は知的障害者福祉法の規定による支援事業所又は支援施設に係る指定を受けている場合に、その状況を記載してください。
8 「事業所番号」欄は、島根県において既に児童福祉法の規定による支援事業所に係る指定を受けている場合に、その番号を記載してください。

付表 1

居宅介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ							
	名称							
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市						
管 理 者	連絡先	電話番号			FAX番号			
	フリガナ			(郵便番号 —)				
者	氏名			住所 県 郡市				
	居宅介護事業従業者等との兼務の有無				有 ・ 無			
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記載)	事業所等の名称						
		兼務する職種及び勤務時間等						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号								
サービス提供責任者	フリガナ				(郵便番号 —)			
	氏名			住所				
従業者の職種・員数	居宅介護事業従業者		その他の従業者					
	専従		兼務		専従		兼務	
	従業者数	常勤(人)						
		非常勤(人)						
	常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)								
主 な 掲 示 事 項								
営 業 日								
営 業 時 間								
指定居宅介護の内容		身体介護・家事援助・外出時における介護・ ()						
利 用 料								
そ の 他 の 費 用								
通常の事業実施地域								
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない				
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者		
		そ の 他						
添 付 書 類		別添のとおり						

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 「その他の費用」欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 6 「通常の事業実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表1-2

居宅介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 —)			
		県 郡市			
連絡先	電話番号		FAX番号		
主な揭示事項					
営業日					
営業時間					
指定居宅介護の内容		身体介護・家事援助・外出時における介護・()			
利用料					
その他の費用					
通常の事業実施地域					
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない		
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者
		その他			
添付書類	別添のとおり				

- 備考
- 「受付番号」欄は、記載しないでください。
 - 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 - 「その他の費用」欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 「通常の事業実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表2

デイサービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市					
連絡先	電話番号				FAX番号		
	フリガナ				(郵便番号 —)		
管理者	氏名			住所	県 郡市		
	当該デイサービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記載)						
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記載)	事業所等の名称						
	兼務する職種及び勤務時間等						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号							
従業者の職種・員数	指 導 員		介 護 職 員		その他の従業者		
	専 従		兼 務		専 従		兼 務
	従業者数	常 勤(人)					
		非常勤(人)					
	常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)							
主 な 掲 示 事 項							
営 業 日		単位ごとの営業日					
営 業 時 間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ :)					
利 用 定 員		人(単位ごとの定員)(① ②)					
利 用 料							
そ の 他 の 費 用							
指定デイサービスの内容・事業の実施類型		基 本 型	ア 給食サービス	イ 入浴サービス	ウ 送迎サービス		
通常の事業実施地域							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない			
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者	
		そ の 他					
添 付 書 類		別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入浴に係る光熱水費、食材料費、創作的活動に係る材料費等について記載してください。
- 5 「通常の事業実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表3

短期入所事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市							
所管	連絡先	電話番号				FAX番号			
	フリガナ 氏名	住所			(郵便番号 —) 県 郡市				
理者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記載)		事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等						
併設の	空床型・併設型の別	空床型・併設型	本体施設の種別・名称・定員						人
	併設の利用者数	人		短期入所利用者数		人(推定数を記入)			
前年度平均入所者数	空床型の場合		人						
	併設型の場合		人						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号									
従業者の職種・員数	医 師		看 護 師		心理判定員		職能判定員		
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
従業者数	常 勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	職業指導員		生活支援員		栄 養 士		作業療法士		
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
従業者数	常 勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	あん摩マッサージ指圧師		その他の従業者						
	専 従	兼 務	専 従	兼 務					
従業者数	常 勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
主 な 掲 示 事 項									
指定短期入所の内容		宿泊を伴うもの・日中受入							
利 用 料									
そ の 他 の 費 用									
通常の送迎実施地域									
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している・していない						
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)			担当者			
そ の 他									
協 力 医 療 機 関		名 称				主な診療科名			
添 付 書 類		別添のとおり							

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「併設の利用者数」欄は、併設事業所の定員を記載してください。
 4 新設の場合は、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記載してください。
 5 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 6 「兼務」欄は、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
 7 「その他の費用」欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 8 「通常の送迎実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

様式第 2 号 (第 3 条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

住 所
(所在地)
事業者 氏 名 ④
(名称及び代表者氏名)

児童福祉法の規定により指定を受けた事業所について、次のとおり指定に係る事項を変更しましたので届け出ます。

	事業所番号																			
指定内容を変更した事業所	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	事業所の名称	(変更前)																		
2	事業所の所在地																			
3	申請者の名称																			
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・寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)																			
7	事業所の平面図及び設備の概要																			
8	事業所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の氏名及び住所	(変更後)																		
10	運営規程																			
11	居宅生活支援費の請求に関する事項																			
12	事業所の種別(空床型・併設型の別)																			
13	空床型における当該施設の入所者の定員又は併設型における利用者の推定数																			
14	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																			
15	当該申請に係る事業の開始予定年月日																			
変 更 年 月 日										年 月 日										

- 備考 1 該当項目番号を○で囲んでください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第3号 (第3条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

島根県知事 様

住 所
 (所在地)
 事業者 氏 名 ④
 (名称及び代表者氏名)

児童福祉法の規定により指定を受けた事業所について、次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

事業所番号	
廃止（休止・再開）する事業所	名 称
	所 在 地
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日
廃止・休止した理由	
現に指定居宅支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日

- 備考 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 事業を廃止し、休止し、又は再開した日から10日以内に届け出てください。

身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則をここに公布する。

平成十五年三月二十八日

島根県知事 澄 田 信 義

島根県規則第四十七号

身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則

(趣旨)

第一条 身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号。以下「法」という。）に基づく指定居宅支援事業者及び指定身体障害者更生施設等（以下「事業者等」という。）の指定等については、法及び身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

(指定の申請)

第二条 法第十七条の十七第一項及び法第十七条の二十四第一項の申請は、様式第一号によるものとする。

(変更等の届出)

第三条 法第十七条の二十及び法第十七条の二十七の規定による届出は、省令第十一条の四第一項又は省令第十一条の六に規定する事項にあっては様式第二号、省令第十一条の四第三項に規定する事項にあっては様式第三号によるものとする。

(指定の辞退)

第四条 法第十七条の二十九の規定により指定を辞退しようとする者は、様式第四号により届出書を知事に提出するものとする。

(公示)

第五条 法第十七条の二十三及び法第十七条の三十一の規定による公示は、次に掲げる事項について行うものとする。

- 一 支援事業所番号又は支援施設番号
- 二 事業者等の名称及び所在地
- 三 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所

- 四 指定、指定の辞退又は指定の取消しの年月日
- 五 サービスの種類

(申請書等の經由)

第六条 法、省令及びこの規則の規定により知事に提出する申請書又は届出書の部数は、正副二通とし、当該事業者等の事業所の所在地を管轄する隠岐支庁長又は健康福祉センター所長を経由しなければならない。

(雑則)

第七条 この規則に定めるもののほか、事業者等の指定等に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この規則は、平成十五年四月一日から施行する。

様式第1号 (第2条関係)

受付番号

指定居宅支援事業
指定施設支援施設 指定申請書

年 月 日

島根県知事 様

申請者 所在地
名 称 ㊟

身体障害者福祉法に規定する事業所(施設)に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者	フリガナ名								
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー) 県 郡市						
	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		フリガナ職名	フリガナ氏名					
	代表者の住所		(郵便番号 ー) 県 郡市						
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	フリガナ名								
	事業所(施設)の所在地		(郵便番号 ー) 県 郡市						
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	他の法律において既に指定を受けている事業等 法律の名称		指定年月日	事業所番号
	指定居宅支援								
	指定施設支援								
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
- 「受付番号」欄及び「事業所(施設)所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
 - 「法人である場合その種別」欄は、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、有限会社等の別を記載してください。
 - 「代表者の職・氏名」欄及び「代表者の住所」欄は、申請者が法人である場合に記載してください。
 - 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 「実施事業」欄は、今回申請する事業又は施設に該当する欄には「◎」、既に指定等を受けている事業又は施設に該当する欄には「○」を記載してください。なお、経過措置により指定があったものとみなされる施設については「みなし」と記載してください。
 - 「様式」欄は、申請書に添付する付表の種類を記載してください。
 - 「他の法律において既に指定を受けている事業等」欄は、知的障害者福祉法又は児童福祉法の規定による支援事業所又は支援施設に係る指定を受けている場合に、その状況を記載してください。
 - 「事業所番号」欄は、島根県において既に身体障害者福祉法の規定による支援事業所又は支援施設に係る指定を受けている場合に、その番号を記載してください。

付表 1

居宅介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者	フリガナ 氏名			住所	(郵便番号 —) 県 郡市		
	居宅介護事業従業者等との兼務の有無				有 ・ 無		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記載)	事業所等の名称					
		兼務する職種及び勤務時間等					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号							
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)		
	氏名						
従業者の職種・員数		居宅介護事業従業者		その他の従業者			
		専従	兼務	専従	兼務		
		従業者数	常勤(人)				
			非常勤(人)				
		常勤換算後の人数(人)					
基準上の必要人数(人)							
主 な 掲 示 事 項							
営 業 日							
営 業 時 間							
指定居宅介護の内容		身体介護・家事援助・外出時における介護・ ()					
利 用 料							
そ の 他 の 費 用							
通常の事業実施地域							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している ・ していない				
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者		
		そ の 他					
添 付 書 類		別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 「その他の費用」欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 6 「通常の事業実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

附表1-2

居宅介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 —)				
		県 郡市				
連絡先	電話番号		FAX番号			
主な揭示事項						
営 業 日						
営 業 時 間						
指定居宅介護の内容		身体介護・家事援助・外出時における介護・()				
利 用 料						
そ の 他 の 費 用						
通常の実施地域						
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない			
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者	
		そ の 他				
添 付 書 類		別添のとおり				

- 備考
- 1 「受付番号」欄は、記載しないでください。
 - 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 - 4 「その他の費用」欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 5 「通常の実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表 2

デイサービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市					
連絡先	電話番号				FAX番号		
	フリガナ				(郵便番号 —)		
管 理 者	氏 名			住 所	県 郡市		
	当該デイサービス事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合記載)						
者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記載)		事業所等の名称				
			兼務する職種及び勤務時間等				
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号							
従業者の職種・員数		指 導 員		介 護 職 員		その他の従業者	
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務
従業者数	常 勤 (人)						
	非 常 勤 (人)						
常勤換算後の人数 (人)							
基準上の必要人数 (人)							
主 な 掲 示 事 項							
営 業 日		単位ごとの営業日					
営 業 時 間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ :)					
利 用 定 員		人 (単位ごとの定員) (① ②)					
利 用 料							
そ の 他 の 費 用							
指定デイサービスの内容・事業の実施類型		基本型 (I・II)	ア 給食サービス	イ 入浴サービス	ウ 送迎サービス		
通常の事業実施地域							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない			
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者	
		そ の 他					
添 付 書 類		別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入浴に係る光熱水費、食材料費、創作的活動に係る材料費等について記載してください。
- 5 「通常の事業実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表3

短期入所事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市							
所管	連絡先	電話番号				FAX番号			
	フリガナ 氏名	住所			(郵便番号 —) 県 郡市				
理者	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記載)		事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等						
併設の利用者数	空床型・併設型の別		空床型・併設型	本体施設の種別・名称・定員			人		
			人	短期入所利用者数			人(推定数を記入)		
前年度平均入所者数	空床型の場合		人						
	併設型の場合		人						
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号									
従業者の職種・員数	医 師		看 護 師		心理判定員		職能判定員		
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
従業者数	常 勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	職業指導員		生活支援員		栄 養 士		作業療法士		
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
従業者数	常 勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	あん摩マッサージ指圧師		その他の従業者						
	専 従	兼 務	専 従	兼 務					
従業者数	常 勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
主 な 掲 示 事 項									
指定短期入所の内容		宿泊を伴うもの・日中受入							
利 用 料									
そ の 他 の 費 用									
通常の送迎実施地域									
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況		している ・ していない						
	苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)			担当者			
そ の 他									
協力医療機関		名 称				主な診療科名			
添 付 書 類		別添のとおり							

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「併設の利用者数」欄は、併設事業所の定員を記載してください。
 4 新設の場合は、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記載してください。
 5 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 6 「兼務」欄は、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
 7 「その他の費用」欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 8 「通常の送迎実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表4-2

併せて通所による指定施設支援を提供する場合の記載事項

(肢体不自由者更生施設 視覚障害者更生施設)
(聴覚・言語障害者更生施設 内部障害者更生施設)

受付番号	
------	--

いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 —)									
		県 都市									
連絡先	電話番号					FAX番号					
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条 第 項 第 号											
従業者の職種・員数		看護師		理学療法士		作業療法士		心理判定員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
従業者数		職能判定員		あん摩マッサージ指圧師		職業指導員		生活支援員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
従業者数		聴能訓練師		その他の従業者							
		専従	兼務	専従	兼務						
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
主 な 掲 示 事 項											
入 所 定 員		人									
利 用 料											
そ の 他 の 費 用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)				担当者			
		そ の 他									
協 力 医 療 機 関		名 称				主な診療科名					
添 付 書 類		別添のとおり									

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 4 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表5

身体障害者療護施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ										
	名称										
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市									
管理者	フリガナ					住所		(郵便番号 —) 県 郡市			
	氏名										
併設する施設の名称及び概要		名称									
		概要									
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等			第 条 第 項 第 号								
短期入所事業の実施の有無			有・無								
従業者の職種・員数		医師		看護師		介護職員		理学療法士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
従業者数		作業療法士		生活支援員		栄養士		その他の従業者			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値							
居室	1室の最大定員	人		人以下							
	入所者1人当たりの最小床面積	㎡		㎡以上							
廊下	廊下の幅	m		m以上							
主な掲示事項											
入所定員		人									
利用料											
その他の費用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		その他									
協力医療機関		名称				主な診療科名					
添付書類		別添のとおり									

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「基準上の必要値」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「併設する施設の名称及び概要」欄は、施設の目的、提供するサービスの内容等を記載してください。
- 4 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 「兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
- 6 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表 5 - 2

併せて通所による指定施設支援を提供する場合の記載事項

受付番号	
------	--

施 設	フリガナ									
	名 称									
	所 在 地	(郵便番号 ー) 県 郡市								
	連 絡 先	電 話 番 号				F A X 番 号				
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条 第 項 第 号										
従 業 者 の 職 種 ・ 員 数		医 師		看 護 師		介 護 職 員		理 学 療 法 士		
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
従業者数	常 勤(人)									
	非 常 勤(人)									
		常勤換算後の人数(人)								
		基準上の必要人数(人)								
		作 業 療 法 士		生 活 支 援 員		そ の 他 の 従 業 者				
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務			
従業者数	常 勤(人)									
	非 常 勤(人)									
		常勤換算後の人数(人)								
		基準上の必要人数(人)								
主 な 掲 示 事 項										
入 所 定 員		人								
利 用 料										
そ の 他 の 費 用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない						
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者				
		そ の 他								
協 力 医 療 機 関		名 称			主な診療科名					
添 付 書 類		別添のとおり								

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表 6

特定身体障害者授産施設の指定に係る記載事項

(身体障害者入所授産施設)
(身体障害者通所授産施設)

受付番号

いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ										
	名 称										
	所在地	(郵便番号		—)		県		郡市	
連絡先	電話番号					FAX番号					
管理者	フリガナ					(郵便番号		—)	
	氏 名					住 所		県		郡市	
併設する施設の名称及び概要		名 称									
		概 要									
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第		条 第		項 第		号	
短期入所事業の実施の有無				有・無							
従業者の職種・員数		医 師		看 護 師		職業指導員		生活支援員			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務		
従業者数	常 勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
従業者数		栄 養 士		その他の従業者							
		専 従	兼 務	専 従	兼 務						
従業者数	常 勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値							
居室	1室の最大定員	人		人		以下					
	入所者1人当たりの最小床面積	㎡		㎡		以上					
作業室 (作業場)	1人当たりの床面積	㎡		㎡		以上					
廊下	廊 下 の 幅	m		m		以上					
主 な 掲 示 事 項											
入 所 定 員		人									
利 用 料											
そ の 他 の 費 用											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない							
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者					
		そ の 他									
協 力 医 療 機 関		名 称				主な診療科名					
添 付 書 類		別添のとおり									

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「基準上の必要値」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「併設する施設の名称及び概要」欄は、施設の目的、提供するサービスの内容等を記載してください。
- 4 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 6 「兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。

付表6-2

併せて通所による指定施設支援を提供する場合の記載事項

受付番号

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条 第 項 第 号									
従業者の職種・員数		看護師		職業指導員		生活支援員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
主 な 掲 示 事 項									
入 所 定 員		人							
利 用 料									
そ の 他 の 費 用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		そ の 他							
協 力 医 療 機 関		名 称				主な診療科名			
添 付 書 類		別添のとおり							

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表 6 - 3

指定施設支援を提供する施設であって利用者が20人未満のもの（分場）を設置する場合の記載事項

(身体障害者入所授産施設)
(身体障害者通所授産施設)

受付番号

いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条 第 項 第 号							
従業者の職種・員数		職業指導員		生活支援員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値			
居室	1室の最大定員	人		人以下			
	入所者1人当たりの最小床面積	㎡		㎡以上			
作業室 (作業場)	1人当たりの床面積	㎡		㎡以上			
廊下	廊下の幅	m		m以上			
主 な 掲 示 事 項							
入所定員		人					
利用料							
その他の費用							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない				
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者		
		その他					
協力医療機関		名称				主な診療科名	
添付書類		別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

様式第 2 号 (第 3 条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

住 所

事 業 者 (所在地)

(施設の設置者) 氏 名

㊦

(名称及び代表者氏名)

身体障害者福祉法の規定により指定を受けた事業所（施設）について、次のとおり指定に係る事項を変更しましたので届け出ます。

	事業所番号																			
指定内容を変更した事業所（施設）	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・寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等（当該指定に係る事業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の氏名及び住所									(変更後)										
10	運営規程																			
11	居宅生活支援費（施設訓練等支援費）の請求に関する事項																			
12	事業所の種別（空床型・併設型の別）																			
13	空床型における当該施設の入所者の定員又は併設型における利用者の推定数																			
14	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																			
15	当該申請に係る事業の開始予定年月日																			
16	併設施設がある場合の当該併設施設の概要																			
変 更 年 月 日										年 月 日										

- 備考 1 該当項目番号を○で囲んでください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第3号 (第3条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

島根県知事 様

住 所
 (所在地)
 事業者 氏 名 ④
 (名称及び代表者氏名)

身体障害者福祉法の規定により指定を受けた事業所について、次のとおり事業の廃止（休止・再開）をいたしましたので届け出ます。

	事業所番号																		
廃止（休止・再開）する事業所	名 称																		
	所 在 地																		
廃止・休止・再開した年月日										年 月 日									
廃止・休止した理由																			
現に指定居宅支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)																			
休止予定期間										年 月 日～ 年 月 日									

- 備考 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 事業を廃止し、休止し、又は再開した日から10日以内に届け出てください。

様式第 4 号 (第 4 条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

住 所
 (所在地)
 設置者 氏 名 ④
 (名称及び代表者氏名)

身体障害者福祉法の規定により指定を受けた施設について、次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	事 業 所 番 号																			
指定を辞退する施設	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																				

備考 指定を辞退する日の 3 月前までに届け出てください。

知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則をここに公布する。

平成十五年三月二十八日

島根県知事 澄 田 信 義

島根県規則第四十八号

知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援事業者等の指定等に関する規則

(趣旨)

第一条 知的障害者福祉法（昭和三十五年法律第三十七号。以下「法」という。）に基づく指定居宅支援事業者及び指定知的障害者更生施設等（以下「事業者等」という。）の指定等については、法及び知的障害者福祉法施行規則（昭和三十五年厚生省令第十六号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

(指定の申請)

第二条 法第十五条の十七第一項及び法第十五条の二十四第一項の申請は、様式第一号によるものとする。

(変更等の届出)

第三条 法第十五条の二十及び法第十五条の二十七の規定による届出は、省令第三十六条第一項又は省令第三十八条に規定する事項にあっては様式第二号、省令第三十六条第三項に規定する事項にあっては様式第三号によるものとする。

(指定の辞退)

第四条 法第十五条の二十九の規定により指定を辞退しようとする者は、様式第四号により届出書を知事に提出するものとする。

(公示)

第五条 法第十五条の二十三及び法第十五条の三十一の規定による公示は、次に掲げる事項について行うものとする。

- 一 支援事業所番号又は支援施設番号
- 二 事業者等の名称及び所在地
- 三 申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所

四 指定、指定の辞退又は指定の取消しの年月日

五 サービスの種類

(申請書等の經由)

第六条 法、省令及びこの規則の規定により知事に提出する申請書又は届出書の部数は、正副二通とし、当該事業者等の事業所の所在地を管轄する隠岐支庁長又は健康福祉センター所長を経由しなければならない。

(雑則)

第七条 この規則に定めるもののほか、事業者等の指定等に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この規則は、平成十五年四月一日から施行する。

様式第1号 (第2条関係)

受付番号

指定居宅支援事業
指定施設支援施設 指定申請書

年 月 日

島根県知事 様

申請者 所在地
名 称 ㊟

知的障害者福祉法に規定する事業所(施設)に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

事業所(施設)所在地市町村番号

申請者	フリガナ名						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ー) 県 郡市				
	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		フリガナ職名	フリガナ氏名			
	代表者の住所		(郵便番号 ー) 県 郡市				
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	フリガナ名						
	事業所(施設)の所在地		(郵便番号 ー) 県 郡市				
	同一所在地において行う事業等の種類		実施事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	様式	他の法律において既に指定を受けている事業等 法律の名称 指定年月日 事業所番号	
	指定居宅支援						
	指定施設支援						
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
- 「受付番号」欄及び「事業所(施設)所在地市町村番号」欄は、記載しないでください。
 - 「法人である場合その種別」欄は、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、有限会社等の別を記載してください。
 - 「代表者の職・氏名」欄及び「代表者の住所」欄は、申請者が法人である場合に記載してください。
 - 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
 - 「実施事業」欄は、今回申請する事業又は施設に該当する欄には「◎」、既に指定等を受けている事業又は施設に該当する欄には「○」を記載してください。なお、経過措置により指定があったものとみなされる施設については「みなし」と記載してください。
 - 「様式」欄は、申請書に添付する付表の種類を記載してください。
 - 「他の法律において既に指定を受けている事業等」欄は、身体障害者福祉法又は児童福祉法の規定による支援事業所又は支援施設に係る指定を受けている場合に、その状況を記載してください。
 - 「事業所番号」欄は、島根県において既に知的障害者福祉法の規定による支援事業所又は支援施設に係る指定を受けている場合に、その番号を記載してください。

付表 1

居宅介護事業所の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

事業所	フリガナ 名称						
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市					
	連絡先	電話番号			FAX番号		
管理者	フリガナ 氏名			住所	(郵便番号 —) 県 郡市		
	居宅介護事業従業者等との兼務の有無				有 ・ 無		
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記載)	事業所等の名称					
		兼務する職種及び勤務時間等					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号							
サービス提供責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 —)		
	氏名						
従業者の職種・員数		居宅介護事業従業者		その他の従業者			
		専従	兼務	専従	兼務		
		従業者数	常勤(人)				
			非常勤(人)				
		常勤換算後の人数(人)					
基準上の必要人数(人)							
主 な 掲 示 事 項							
営 業 日							
営 業 時 間							
指定居宅介護の内容		身体介護・家事援助・外出時における介護・ ()					
利 用 料							
そ の 他 の 費 用							
通常の事業実施地域							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している ・ していない				
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者		
		そ の 他					
添 付 書 類		別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 5 「その他の費用」欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 6 「通常の事業実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表1-2

居宅介護事業を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ		
	名称		
	所在地	(郵便番号) 県 郡市	
	連絡先	電話番号 FAX番号	
主な 掲 示 事 項	営業日		
	営業時間		
	指定居宅介護の内容	身体介護・家事援助・外出時における介護・()	
	利用料		
	その他の費用		
	通常の事業実施地域		
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先) 担当者
その他			
添付書類	別添のとおり		

- 備考
- 1 「受付番号」欄は、記載しないでください。
 - 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 - 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 - 4 「その他の費用」欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 - 5 「通常の事業実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表2

デイサービス事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称							
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市						
	連絡先	電話番号			FAX番号			
管理者	フリガナ 氏名	住所		(郵便番号 —) 県 郡市				
	当該デイサービス事業所で兼務する他の職種(兼務の場合記載)							
同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記載)	事業所等の名称							
	兼務する職種及び勤務時間等							
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号								
従業者の職種・員数		指導員		介護職員		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		従業者数	常勤(人)					
			非常勤(人)					
		常勤換算後の人数(人)						
基準上の必要人数(人)								
主な揭示事項								
営業日		単位ごとの営業日						
営業時間		単位ごとのサービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ :)						
利用定員		人(単位ごとの定員)(① ②)						
利用料								
その他の費用								
指定デイサービスの内容・事業の実施類型		基本型	ア 給食サービス	イ 入浴サービス	ウ 送迎サービス			
通常の事業実施地域								
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない					
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者			
		その他						
添付書類		別添のとおり						

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入浴に係る光熱水費、食材料費、創作的活動に係る材料費等について記載してください。
- 5 「通常の事業実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表3

短期入所事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ 名称										
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市									
	連絡先	電話番号					FAX番号				
管理者	フリガナ 氏名				住所	(郵便番号 —) 県 郡市					
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)			事業所等の名称兼務する職種及び勤務時間等							
	空床型・併設型の別併設の利用者数		空床型・併設型		本体施設の種別・名称・定員				人		
前年度平均入所者数		空床型の場合		併設型の場合				人			
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号											
従業者の職種・員数		医師		看護師		心理判定員		職能判定員			
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務			
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
		職業指導員		生活支援員		栄養士		作業療法士			
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務			
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
		あん摩マッサージ指圧師		その他の従業者							
		専従 兼務		専従 兼務							
従業者数	常勤(人)										
	非常勤(人)										
常勤換算後の人数(人)											
基準上の必要人数(人)											
主 な 掲 示 事 項											
指定短期入所の内容		宿泊を伴うもの・日中受入									
利用料											
その他の費用											
通常の送迎実施地域											
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している ・ していない						
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者				
		その他									
協力医療機関		名称			主な診療科名						
添付書類		別添のとおり									

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「併設の利用者数」欄は、併設事業所の定員を記載してください。
 4 新設の場合は、「前年度平均入所者数」欄は推定数を記載してください。
 5 「兼務」欄は、本体施設との兼務を行う職員について記載してください。
 6 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 7 「その他の費用」欄は、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
 8 「通常の送迎実施地域」欄は、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。

付表 4

知的障害者地域生活援助事業所（グループホーム）の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市					
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号		
	フリガナ			住所	(郵便番号 —) 県 郡市		
管理者	氏名						
	同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記載)	事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等					
当該事業の実施について定めてある定款・寄附行為等又は条例等 第 条 第 項 第 号							
グループホームに供する建物形態 ①住居区分：一戸建て・アパート・マンション・その他() ②建物所有者名： ③賃貸借契約の内容：ア 敷金 円 イ 礼金 円 ウ 家賃(月額) 円 エ 契約期間 オ 賃貸料がない理由							
利用者数(推定数)		人					
従業者の職種・員数		世話人					
		専従	兼務				
		従業者数	常勤(人)				
			非常勤(人)				
		常勤換算後の人数(人)					
基準上の必要人数(人)							
主な揭示事項							
居室数		室(うち個室 室)					
利用料							
その他の費用							
知的障害者援護施設等との連携体制等		連携施設の種別・名称					
		支援体制の概要					
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない			
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者	
		その他					
協力医療機関		名称			主な診療科名		
添付書類		別添のとおり					

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な揭示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 4 「その他の費用」欄は、入居者が分担して負担することとなる経費(家賃、光熱水費、食材料費、日用品費等)について記載してください。

付表 5

身体障害者療護施設の指定に係る記載事項

受付番号

施設	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市							
管理者	フリガナ					(郵便番号 —)			
	氏 名	住 所				県 郡市			
併設する施設の名称及び概要		名 称							
		概 要							
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等		第	条	第	項	第	号		
短期入所事業の実施の有無		有・無							
従業者の職種・員数		医 師		看 護 師		介 護 職 員		理学療法士	
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務
従業者数	常 勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		作業療法士		生活支援員		栄 養 士		その他の従業者	
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務
従業者数	常 勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値					
居室	1室の最大定員	人		人以下					
	入所者1人当たりの最小床面積	㎡		㎡以上					
廊下	廊 下 の 幅	m		m以上					
主 な 掲 示 事 項									
入 所 定 員		人							
利 用 料									
そ の 他 の 費 用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している・していない				
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者		
		そ の 他							
協力医療機関		名 称				主な診療科名			
添 付 書 類		別添のとおり							

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「基準上の必要値」欄は、記載しないでください。
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「併設する施設の名称及び概要」欄は、施設の目的、提供するサービスの内容等を記載してください。
 4 「兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
 5 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 6 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表5-2

併せて通所による指定施設支援を提供する場合の記載事項

受付番号	
------	--

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市								
	連絡先	電話番号	FAX番号							
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条 第 項 第 号										
従業者の職種・員数		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
		従業者数		常勤(人)						
				非常勤(人)						
		常勤換算後の人数(人)								
基準上の必要人数(人)										
主 な 掲 示 事 項										
入所定員		人								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している・していない					
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者			
		その他								
協力医療機関		名称					主な診療科名			
添付書類		別添のとおり								

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表5-3

指定施設支援を提供する施設であって利用者が20人未満のもの(分場)を設置する場合の記載事項

(知的障害者入所更生施設)
(知的障害者通所更生施設)

受付番号	
------	--

いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 —)							
		県 都市							
連絡先	電話番号				FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第 条 第 項 第 号					
従業者の職種・員数		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値					
居室	1室の最大定員	人		人以下					
	入所者1人当たりの最小床面積	㎡		㎡以上					
作業室 (作業場)	1人当たりの床面積	㎡		㎡以上					
廊下	廊下の幅	m		m以上					
主 な 掲 示 事 項									
入所定員		人							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称			主な診療科名				
添付書類		別添のとおり							

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「基準上の必要値」欄は、記載しないでください。
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 4 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表 6

特定知的障害者授産施設の指定に係る記載事項

(知的障害者入所授産施設)
(知的障害者通所授産施設)

受付番号

いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市								
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 —) 県 郡市					
	氏名									
併設する施設の名称及び概要		名称								
		概要								
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第	条	第	項	第	号	
短期入所事業の実施の有無				有・無						
従業者の職種・員数		医師		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
従業者数		栄養士		その他の従業者						
		専従	兼務	専従	兼務					
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値						
居室	1室の最大定員		人		人以下					
	入所者1人当たりの最小床面積		㎡		㎡以上					
廊下	廊下の幅		m		m以上					
	中廊下の幅		m		m以上					
主な掲示事項										
入所定員		人								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している・していない					
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者			
		その他								
協力医療機関		名称					主な診療科名			
添付書類		別添のとおり								

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「基準上の必要値」欄は、記載しないでください。
 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
 3 「併設する施設の名称及び概要」欄は、施設の目的、提供するサービスの内容等を記載してください。
 4 「兼務」欄は、短期入所事業以外との兼務を行う職員について記載してください。
 5 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
 6 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表6-2

併せて通所による指定施設支援を提供する場合の記載事項

受付番号	
------	--

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条 第 項 第 号									
従業者の職種・員数		保健師又は看護師		生活支援員		作業指導員		その他の従業者	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
常勤換算後の人数(人)									
基準上の必要人数(人)									
主 な 掲 示 事 項									
入 所 定 員		人							
利 用 料									
そ の 他 の 費 用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		そ の 他							
協 力 医 療 機 関		名 称				主な診療科名			
添 付 書 類		別添のとおり							

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表 6 - 3

指定施設支援を提供する施設であって利用者が20人未満のもの（分場）を設置する場合の記載事項

(知的障害者入所授産施設)
(知的障害者通所授産施設)

受付番号

いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 —) 県 郡市								
	連絡先	電話番号				FAX番号				
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等 第 条 第 項 第 号										
従業者の職種・員数		保健師又は看護師		生活支援員		生活指導員		その他の従業者		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
常勤換算後の人数(人)										
基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値						
居室	1室の最大定員	人		人以下						
	入所者1人当たりの最小床面積	㎡		㎡以上						
廊下	廊下の幅	m		m以上						
	中廊下の幅	m		m以上						
主 な 掲 示 事 項										
入所定員		人								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない						
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者				
		その他								
協力医療機関		名称				主な診療科名				
添付書類		別添のとおり								

- 備考 1 「受付番号」欄、「基準上の必要人数」欄及び「基準上の必要値」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表7

知的障害者通勤寮の指定に係る記載事項

受付番号	
------	--

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 —)								
		県 郡市								
連絡先	電話番号				FAX番号					
管理者	フリガナ				(郵便番号 —)					
	氏名	住所			県 郡市					
併設する施設の名称及び概要		名称								
		概要								
当該事業の実施について定めてある定款又は条例等				第	条	第	項	第	号	
従業者の職種・員数		医 師		生活支援員		その他の従業者				
		専 従	兼 務	専 従	兼 務	専 従	兼 務			
		従業者数	常勤(人)							
			非常勤(人)							
		常勤換算後の人数(人)								
基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値						
居室	1室の最大定員	人		人以下						
	入所者1人当たりの最小床面積	㎡		㎡以上						
主 な 掲 示 事 項										
入 所 定 員		人								
利 用 料										
そ の 他 の 費 用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している・していない					
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者			
		そ の 他								
協 力 医 療 機 関		名 称					主な診療科名			
添 付 書 類		別添のとおり								

- 備考 1 「受付番号」欄及び「基準上の必要人数」欄は、記載しないでください。
- 2 記載欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別様に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な掲示事項」欄は、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄は、入所者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

様式第 2 号 (第 3 条関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

住 所

事 業 者 (所在地)

(施設の設置者) 氏 名

㊟

(名称及び代表者氏名)

知的障害者福祉法の規定により指定を受けた事業所（施設）について、次のとおり指定に係る事項を変更しましたので届け出ます。

変更があった事項		変 更 の 内 容	
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		
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・寄附行為等及びその登記簿の謄本又は条例等（当該指定に係る事業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の氏名及び住所		
10	運営規程	(変更後)	
11	居宅生活支援費（施設訓練等支援費）の請求に関する事項		
12	事業所の種別（空床型・併設型の別）		
13	空床型における当該施設の入所者の定員又は併設型における利用者の推定数		
14	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		
15	知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要		
16	当該申請に係る事業の開始予定年月日		
17	併設施設がある場合の当該併設施設の概要		
変 更 年 月 日		年 月 日	

- 備考 1 該当項目番号を○で囲んでください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第 3 号 (第 3 条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

島根県知事 様

住 所
 (所在地)
 事業者 氏 名 ④
 (名称及び代表者氏名)

知的障害者福祉法の規定により指定を受けた事業所について、次のとおり事業の廃止(休止・再開)をいたしましたので届け出ます。

事業所番号	
廃止(休止・再開)する事業所	名 称
	所 在 地
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日
廃止・休止した理由	
現に指定居宅支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日

- 備考 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 事業を廃止し、休止し、又は再開した日から10日以内に届け出てください。

様式第 4 号 (第 4 条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

島根県知事 様

住 所
(所在地)
設置者 氏 名 ④
(名称及び代表者氏名)

知的障害者福祉法の規定により指定を受けた施設について、次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	事 業 所 番 号																			
指定を辞退する施設	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																				

備考 指定を辞退する日の 3 月前までに届け出てください。

島根県立身体障害者授産センター規則をここに公布する。

平成十五年三月二十八日

島根県知事 澄 田 信 義

島根県規則第四十九号

島根県立身体障害者授産センター規則

島根県立身体障害者授産センター規則（昭和三十九年島根県規則第二号）の全部を改正する。

（趣旨）

第一条 島根県立身体障害者授産センター（以下「授産センター」という。）の管理及び運営については、法令に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

（授産の種目）

第二条 授産センターに次の授産種目を設けるものとする。

- 一 印刷
 - 二 被服
 - 三 工芸
 - 四 その他授産センターの長（以下「所長」という。）が必要と認める種目
- 2 前項の種目の内容については、所長が別に定めるものとする。

（定員）

第三条 授産センターの定員は、次のとおりとする。

- 一 入所定員 九十人
- 二 通所定員 二十五人

（休業日）

第四条 授産センターの休業日は、次のとおりとする。

- 一 島根県の休日定める条例（平成元年島根県条例第九号）第一条第一項に規定する島の休日

- 二 その他所長が必要と認める日

（入所期間）

第五条 入所期間は、身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号）第九条の十九に規定する期間を超えない範囲で、種目ごとに入所者の能力等に応じて所長が入所者との合意に基づいて定める期間とする。

（入所手続）

第六条 授産センターに入所しようとする者は、入所申込書（様式第一号）に健康診断書（様式第二号）を添えて所長に提出しなければならない。

2 身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号）第十八条第三項に基づく入所の措置を採ろうとする市町村長は、入所依頼通知書に被措置者から提出を受けた健康診断書（様式第二号）を添えて所長に提出しなければならない。

（入所の承諾）

第七条 所長は、前条第一項の入所申込書を受理したときは、入所の承諾又は不承諾の決定をしなければならない。

2 所長は、前項の決定をしたときは、その旨を申込者に通知し、承諾の場合は入所者と利用に係る契約を締結するものとする。

3 所長は、前条第二項の入所依頼通知書を受理したときは、入所の承諾又は不承諾の決定をしなければならない。

4 所長は、前項の決定をしたときは、その旨を市町村長に通知するものとする。

（遵守事項）

第八条 入所者は、利用に係る契約及び所内の秩序維持に関し所長が定める規程を遵守しなければならない。

（弁償）

第九条 授産センターの施設又は物品をき損し、又は亡失した者は、その損害を弁償しなければならない。ただし、避けられない事由による場合は、この限りでない。

（退所の決定）

第十条 所長は、入所者が次の各号のいずれかに該当するときは、当該入所者の退所について決定するものとする。

- 一 入所者又はその保護者が退所を申し出たとき。
- 二 身体障害者福祉法第十七条の十三第一項の規定により施設支給決定を取り消されたとき。

三 第八条の規定に違反し、入所を継続させることが適当でないと認められるとき。

(補則)

第十一条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、所長が別に定める。

附 則

この規則は、平成十五年四月一日から施行する。

様式第 1 号 (第 6 条関係)

入 所 申 込 書

年 月 日

島根県立身体障害者授産センター所長 様

住 所

氏 名

㊞

島根県立身体障害者授産センターに入所したいので、申し込みます。

- (注) 1 申込みの際には、身体障害者施設訓練等支援施設受給者証を提示してください。
2 氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。
3 申込みの際には、健康診断書(様式第 2 号)を添付してください。

様式第 2 号 (第 6 条関係)

健 康 診 断 書			
氏 名	生年月日	年 月 日生 (歳)	性 別 男・女
住 所			
検査種別	1 血液一般検査		
	2 検尿 (定性検査)		
	3 胸部エックス線検査		
	4 その他の検査		
既 往 症	現在治療中の疾病	1	発病 年 月 日
		2	発病 年 月 日
		3	発病 年 月 日
		4	発病 年 月 日
	症状の概要		
集団生活を営む上での留意事項			
<p style="text-align: center;">上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">医 師 住 所 氏 名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>			

- (注) 1 血液一般検査は、赤血球数、白血球数、血色素、血小板及び赤血球沈降速度について行います。
- 2 検尿 (定性検査) は、糖、蛋白、ウロビリノーゲン及び鮮血について行います。
- 3 その他の検査は、治療中の疾病がある場合に、関連する検査項目について行います。

知的障害者福祉法第二十七条の規定に基づく費用の徴収に関する規則を廃止する規則をここに公布する。

平成十五年三月二十八日

島根県知事 澄 田 信 義

島根県規則第五十号

知的障害者福祉法第二十七条の規定に基づく費用の徴収に関する規則を廃止する規則

知的障害者福祉法第二十七条の規定に基づく費用の徴収に関する規則(昭和六十一年島根県規則第五十一号)は、廃止する。

附 則

この規則は、平成十五年四月一日から施行する。

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。
平成十五年三月二十八日

島根県知事 澄 田 信 義

島根県規則第五十一号

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(昭和三十四年島根県規則第十七号)の一部を次のように改正する。

第二条中「第一条の二第三項」を「第三条第三項」に改める。

第三条中「第一条の二第一項」を「第三条第一項」に改める。

第七条第一項中「第四条第二項」を「第九条第二項」に改め、同条第二項中「第四条第六項」を「第九条第六項」に改める。

第八条第一項中「第八条第三項」を「第八条第一項」に改め、同条第二項中「第五条の三第一項」を「第十二条第一項」に改め、「及び第四項」を削る。

第九条中「第四条第六項」を「第九条第六項」に改める。

第十二条中「第一条」を「第二条」に改める。
様式第三号の一総括表中

「1 障害名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、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭撃等原因となった疾患名を記入してください。

2 障害区分や等級決定のため、島根県社会福祉審議会から改めて次項以降の部分についてお問い合わせする場合があります。」

を

「1 障害名には現在起こっている障害、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、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭撃等原因となった疾患名を記入してください。

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)を添付してください。

3 障害区分や等級決定のため、島根県社会福祉審議会から改めて次項以降の部分についてお問い合わせする場合があります。」

に改め、同様式の三 聴覚・平衡・音声・言語又は咀嚼の機能障害の状況及び所見を次のように改める。

3 聴覚・平衡・音声・言語又はそしや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√印を入れて選択し、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や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。
- そしやく機能障害 → 『4「そしやく機能障害」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

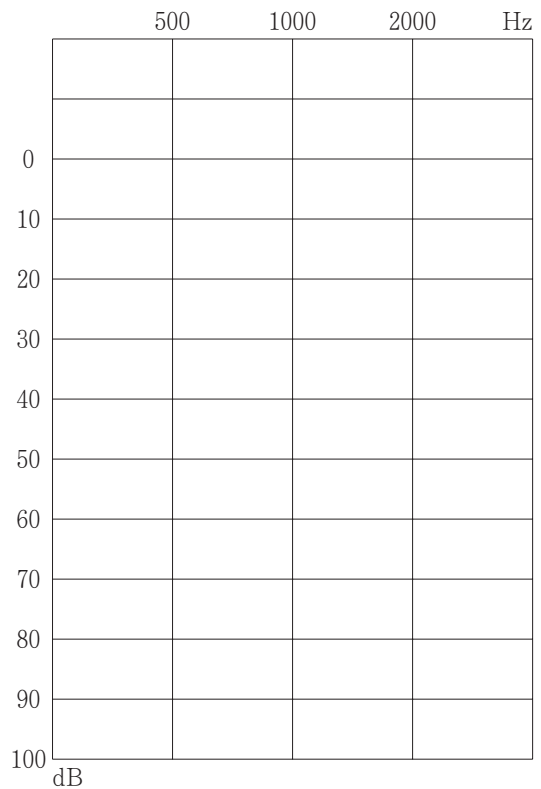
(1) 聴力（会話音域の平均聴力レベル）

右	dB
左	dB

(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

オーディオメータの型式 _____

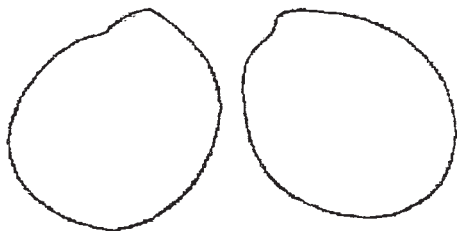


(2) 障害の種類

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴

(3) 鼓膜の状態

(右) (左)



イ 語音による検査

右	%
語音明瞭度	
左	%

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 「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」の該当する□に√印を入れ、さらに①又は②の該当する□に√印又は（ ）内に必要事項を記載すること。

- 「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^{えん}状態の観察と検査

<参考1>各器官の観察点

- 口腔^{くわう}内保持の状態
- 口腔^{くわう}から咽頭^{いん}への送り込みの状態
- 喉頭^{くわう}挙上と喉頭^{くわう}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^{えん}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^{えん}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^{えん}状態について詳細に記載すること。）

② 咬合^{こう}異常によるそしやく機能の障害

a 障害の程度

- 著しい咬合^{こう}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^{こう}異常の程度及びそしやく機能の観察結果）

ア 咬合^{こう}異常の程度（そしやく運動時又は安静位^{こう}咬合の状態を観察する。）

イ そしやく機能（口唇・口蓋裂では、上下顎^{がく}の咬合^{こう}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✓印を入れること。)

① 「そしやく機能の喪失」(3級)とは、経管栄養以外に方法のないそしやく・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(仮性球麻痺及び血管障害を含む。)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、そしやく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの

② 「そしやく機能の著しい障害」(4級)とは、著しいそしやく・嚥下機能又は咬合異常によるそしや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(仮性球麻痺及び血管障害を含む。)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、そしやく筋等)、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) 聴力障害の認定に当たっては、JIS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、 $\frac{a + 2b + c}{4}$ 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100dB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。

10 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」及び「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√印を入れ、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持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

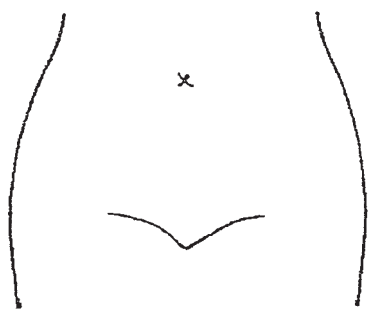
□ 尿路変向（更）のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
- 腎瘻 じんろう 腎盂瘻 じんろうろう
 - 尿管瘻 ろう ぼうこう瘻 ろう
 - 回腸（結腸）導管
 - その他（ _____ ）
- ② 術式： [_____]
- ③ 手術日： [_____ 年 _____ 月 _____ 日]

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



（ストマ及びびらんの部位等を図示）

□ 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
- [_____]

様式第三号の十 膀胱又は直腸の機能障害の状況及び所見を次のように改める。

2 直腸機能障害

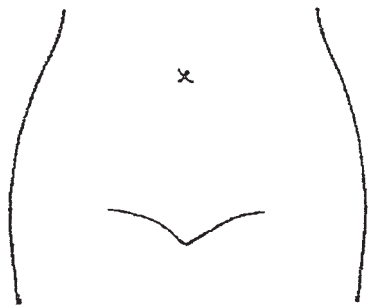
□ 腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
 - 空腸・回腸ストマ
 - 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]

(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 (部位及び大きさについて図示)
 - ストマの変形
 - 不適切な造設箇所
 - 無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

□ 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： [_____]

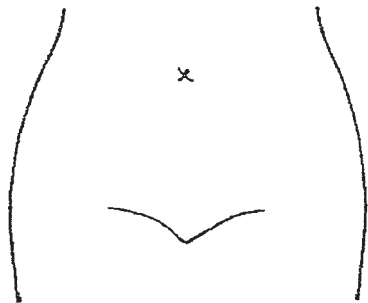
(3) 腸瘻から腸内容の洩れの状態

- 大部分
- 一部分

(2) 瘻孔の数： [_____] 個

(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 (部位及び大きさについて図示)
- その他



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

[_____]

□ 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・排尿処理を著しく困難な状態があるもの
- 腸管ストマをもち、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、ストマにおける排尿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又は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の排便機能障害があるもの

12 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。

様式第三号の十二 ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見 (十三歳以上用) を次のように改める。

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 (/μl)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	/μl	
年 月 日	/μl	/μl

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 検査所見及び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	/μl	/μl

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	/μl	/μl

検査日	年 月 日	年 月 日
H I V-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載すること。

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けん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日以上の変数の発熱(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」及び「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 (/μl)	/μl
検査所見の該当数(①)	個
日常生活活動制限の該当数(②)	個

13 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)及び(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)	/μl
CD4陽性Tリンパ球数 (②)	/μl
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合 ((②)/(①))	%
CD8陽性Tリンパ球数 (③)	/μl
CD4/CD8比 ((②)/(③))	

様式第三号の十三 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 (十三歳未満用) を次のように改める。

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
CD4陽性Tリンパ球数	/ μ l	重度低下・中等度低下・正常
全リンパ球数に対するCD4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H I V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/ μ l)	有・無
30日以上続く貧血 (<Hb 8 g/dl)	有・無
30日以上続く血小板減少症 (<100,000/ μ 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 ^{くわいん}	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 ^{ほうしん}	有・無
細菌性の髄膜炎、肺炎又は敗血症	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 ^{しよ}	有・無
H I V 腎症 ^{じん}	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 ^{しよ} （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 ^{しよ}	有・無
脾腫大 ^{ひしよ}	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 ^{くわう}	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○で囲んで合計数を記載すること。

附 則

1 この規則は、平成十五年四月一日から施行する。

2 この規則による改正前の身体障害者福祉法施行細則の規定により作成した用紙でこの規則の施行の際現に残存するものうち取繕いの可能なものについては、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

知的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。

平成十五年三月二十八日

島根県知事 澄 田 信 義

島根県規則第五十二号

知的障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

知的障害者福祉法施行細則（昭和三十八年島根県規則第二号）の一部を次のように改正する。

第一条の二を削る。

第二条を次のように改める。

（備付台帳）

第二条 知的障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）の長は、相談判定記録票（様式第一号）を作成し、常にその記載事項について整理しておかなければならない。

2 知的障害者援護施設（以下「援護施設」という。）の長は、次に掲げる書類を作成し、常にその記載事項について整理しておかなければならない。

一 施設入所者名簿（様式第二号）

二 入所者指導台帳（様式第三号）

第三条中「第一条」を「第二条」に、「更生相談所長」を「更生相談所の長」に、「様式第三号」を「様式第四号」に改める。

第四条から第八条までを削る。

第九条中「（様式第十三号）」を「（様式第五号）」に、「健康福祉センター所長」を

「隠岐支庁長又は健康福祉センター所長」に改め、同条を第四条とする。

第十条中「健康福祉センター所長」を「隠岐支庁長又は健康福祉センター所長」に改め、

同条第一号中「（様式第十四号）」を「（様式第六号）」に改め、同条第二号中「（様式第十五号）」を「（様式第七号）」に改め、同条を第五条とする。

第十一条中「（様式第十六号）」を「（様式第八号）」に、「健康福祉センター所長」を「隠岐支庁長又は健康福祉センター所長」に改め、同条を第六条とする。

様式第一号から様式第一号の三までを削る。

様式第一号の四表面中「（第1条の2関係）」を「（第2条関係）」に改め、同様式を

様式第一号とする。

様式第四号から様式第十二号までを削る。

様式第三号中「~~郵政事務所長~~」を削り、「次のとおりであります」を「次のとおりです」

に改め、同様式を様式第四号とする。

様式第一号の七及び様式第二号を削る。

様式第一号の六表面中「（第1条の2関係）」を「（第2条関係）」に改め、同様式を

様式第三号とする。

様式第一号の五中「（第1条の2関係）」を「（第2条関係）」に改め、同様式を様式

第二号とする。

様式第十三号中「（第9条関係）」を「（第4条関係）」に改め、同様式を様式第五号

とする。

様式第十四号中「（第10条関係）」を「（第5条関係）」に改め、同様式を様式第六号

とする。

様式第十五号中「（第10条関係）」を「（第5条関係）」に改め、同様式を様式第七号

とする。

様式第十六号中「（第11条関係）」を「（第6条関係）」に、「第11条」を「第6条」

に改め、同様式を様式第八号とする。

附 則

この規則は、平成十五年四月一日から施行する。

平成十五年三月二十八日印刷
平成十五年三月二十八日発行

発行者 島 根 県

発行所 松江市殿町島根県庁
印刷 松江市学園南松陽印刷所

定価一箇月 金二千四百二十円（送料共）