

青森県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則 新旧対照表

| 改正後 | 改正前 |
|---|--|
| <p>(申請書等)</p> <p>第三条 次の各号に掲げる申請、届出又は報告は、それぞれ当該各号に定める書面によらなければならない。 一～八 略</p> <p>九 法第四十五条第一項の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付の申請又は同条第四項の規定による精神障害の状態の認定の申請 <u>知事が別に定める申請書</u></p> <p>2 前項第一号及び第七号の申請は、特定医師実務経験証明書（<u>第九号様式</u>）を添付して行わなければならない。</p> <p>(特定病院認定書の交付)</p> <p>第三条の二 知事は、特定病院を認定するときは、当該特定病院の管理者に対し、特定病院認定書（<u>第十号様式</u>）に特定医師一覧表（<u>第十号様式の二</u>）を添付して交付するものとする。</p> <p>(特定医師に係る変更の届出)</p> <p>第三条の三 前条の特定医師一覧表の記載事項に変更が生じたときは、特定病院の管理者は、その旨を記載した届出書に特定医師実務経験証明書（<u>第九号様式</u>）及び特定医師一覧表（<u>第十号様式の二</u>）を添付して知事に提出しなければならない。</p> <p>第四条～第十五条 略</p> <p>(削る)</p> <p>附 則 略</p> <p>別表 略 第1号様式～第8号様式 略</p> | <p>(申請書等)</p> <p>第三条 次の各号に掲げる申請、届出又は報告は、それぞれ当該各号に定める書面によらなければならない。 一～八 略</p> <p>九 法第四十五条第一項の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付の申請又は同条第四項の規定による精神障害の状態の認定の申請 <u>精神障害者保健福祉手帳交付（精神障害状態認定）申請書（第九号様式）</u></p> <p>2 前項第一号及び第七号の申請は、特定医師実務経験証明書（<u>第十号様式</u>）を添付して行わなければならない。</p> <p>(特定病院認定書の交付)</p> <p>第三条の二 知事は、特定病院を認定するときは、当該特定病院の管理者に対し、特定病院認定書（<u>第十号様式の二</u>）に特定医師一覧表（<u>第十号様式の三</u>）を添付して交付するものとする。</p> <p>(特定医師に係る変更の届出)</p> <p>第三条の三 前条の特定医師一覧表の記載事項に変更が生じたときは、特定病院の管理者は、その旨を記載した届出書に特定医師実務経験証明書（<u>第十号様式</u>）及び特定医師一覧表（<u>第十号様式の三</u>）を添付して知事に提出しなければならない。</p> <p>第四条～第十五条 略</p> <p><u>(精神障害状態不認定通知書)</u></p> <p><u>第十六条 法第四十五条第三項（同条第五項において準用する場合を含む。）の規定による通知は、精神障害状態不認定通知書（第二十七号様式）によるものとする。</u></p> <p>附 則 略</p> <p>別表 略 第1号様式～第8号様式 略</p> |

改正後

改正前

(削る)

第9号様式(第3条関係)

年 月 日

青森県知事

殿

精神障害者保健福祉手帳交付(精神障害状態認定)申請書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項(第4項)の規定により次の事項について申請します。

精神障害者保健福祉手帳の

[新規交付 ・ 更新 ・ 障害等級変更 ・ 都道府県間の住所変更による手帳交付]

(申請項目を○で囲んでください)

| | | | | | | |
|------------------------|---|------------|------|---|------|---|
| 精神障害者 本人 | フリガナ | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 氏名 | | | | | |
| | 住所 | 〒 — 電話 () | | | | |
| | 個人番号 | | | | | |
| 添付書類 (該当するものを○で囲む。) | 医師の診断書(手帳用) 年金証書等の写し(級) ・ 同意書 特別障害給付金受給資格者証等の写し(級) ・ 同意書 写真(縦4cm×横3cm) | | | | | |
| 既存の手帳 | 有効期限 | 年 | 月 | 日 | 手帳番号 | |
| 自立支援医療公費負担者番号 | | | | | | |

※以下は、精神障害者本人が18歳未満の場合記入

| | | | | |
|-------------|------|---------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 家族等の 連絡先 | フリガナ | | 本人との続柄 (該当するものを○で囲む) | 父 母 兄弟姉妹 祖父母 その他 () |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 — □精神障害者本人と同じ 電話 () | | |

| | | | | |
|---------------|--------------------------------------|--|--------|--|
| 申請書を 提出した者 | □精神障害者本人 □上記の家族等 ※左記以外の場合は以下に記入 | | | |
| | フリガナ | | 本人との関係 | |
| | 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 — □精神障害者本人と同じ □上記の家族等と同じ 電話 () | | | |

注 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行う場合には、「医師の診断書」、「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込(支払)通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証(特別障害者給付金支給決定通知書)及び直近の国庫金振込通知書(国庫金送金通知書)の写し」を添付してください。

2 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。

3 写真(縦4cm×横3cm)は、脱帽して上半身を写したもので、1年以内に撮影したものであること。

4 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。

第10号様式 略

第10号様式の2 略

第10号様式の3 略

第11号様式～第26号様式 略

第9号様式 略

第10号様式 略

第10号様式の2 略

第11号様式～第26号様式 略

| 改正後 | 改正前 |
|-------------|---|
| <p>(削る)</p> | <p>第27号様式(第16条関係)</p> <p style="text-align: right;">番 号 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">殿</p> <p style="text-align: right;">保健所長 印</p> <p style="text-align: center;">精神障害状態不認定通知書</p> <p>精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項(第4項)の規定による精神障害者保健福祉手帳の交付(精神障害の状態の認定)の申請は、次の理由により認められませんでしたので、同条第3項(同条第5項において準用する同条第3項)の規定により通知します。</p> <p>理由</p> <p style="text-align: center;">教 示</p> <p>この処分について不服があるときは、この処分があつたことを知つた日の翌日から起算して3月以内に、青森県知事に対して審査請求をすることができます。</p> <p>処分の取消しの訴えは、この処分があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内に、県を被告として(知事が被告の代表者となります。)、提起することができます。ただし、処分があつたことを知つた日の翌日から起算して3月以内に審査請求を行つた場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があつたことを知つた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければならないこととされています。</p> <p>注 用紙の大きさは、日本産業規格A4縦長とする。</p> |