

聖籠町告示第6号

聖籠町精神障害者保健福祉手帳交付実施要領の一部を改正する告示を次のように定める。

平成31年1月28日

聖籠町長 西脇 道夫

聖籠町精神障害者保健福祉手帳交付実施要領の一部を改正する告示

聖籠町精神障害者保健福祉手帳交付実施要領の一部を次のように改正する。

第3条第3項中「年金事務所等」を「日本年金機構又は各共済組合等の実施機関」に改める。

様式第1号（第2条関係）を次のように改める。

様式第1号（第2条関係）

※受理年月日 年 月 日

障害者手帳申請書

聖籠町長 様

年 月 日

私は、次の事項(○印)について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の
(新規交付・更新・障害等級変更・町の区域を越える住所変更による手帳交付)

申請者 精神障害者 本人	ふりがな											生年月日	年 月 日		
	氏名	Ⓜ													
	住所	〒												(電話)	
	個人番号														
家族の連絡先(申請者が18歳未満の場合記入)	ふりがな											本人との続柄			
	氏名	Ⓜ													
	住所	〒												(電話)	
添付書類	1 医師の診断書(手帳用) 2 年金証書等の写し(級)・同意書 3 特別障害給付金受給者証等の写し(級)・同意書 4 写真(縦4cm×横3cm)														
既存手帳	※有効期限	年 月 日				※手帳番号									
申請書を提出した者	ふりがな											本人との続柄			
	氏名	Ⓜ													
	住所	〒												(電話)	

添付書類(以下のいずれか)

- 1 医師の診断書(精神障害者保健福祉手帳用)
- 2 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
- 3 特別障害給付金受給資格者証(特別障害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

注1 ※印欄は、記入しないで下さい。

- 2 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字等を○で囲んで下さい。
- 3 年金証書等の写し又は特別障害給付金受給資格者証の写しによる申請の場合は、障害等級の判定のために日本年金機構又は各共済組合等の実施機関に対し、年金の障害等級を照会することがあります。
- 4 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。

様式第2号（第2条関係）を次のように改める。

氏名		年 月 日生(歳)
住所		
① 病名 (ICDコードは、右の病名 と対応するF00～F99、G4 0のいずれかを記載)	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード() (2) 従たる精神障害 _____ ICDコード() (3) 身体合併症 _____ 身体障害者手帳(有・無、種別 級)	
② 初診年月日	主たる精神障害の初診年月日 _____ 年 月 日 診断書作成医療機関の初診年月日 _____ 年 月 日	
③ 発病から現在までの 病歴及び治療の経過、内 容(推定発病年月、発病 状況、初発症状、治療の 経過、治療内容などを記 載する)	(推定発病時期 _____ 年 月頃)	
*器質性精神障害(認知症 を除く)の場合、発症の 原因となった疾患名と その発症日	* (疾患名 _____ 年 月 日)	
④ 現在の病状、状態像等(該当する項目を○で囲む)		
(1) 抑鬱状態 1 思考・運動抑制 2 易刺激性、興奮 3 抑鬱気分 4 その他()		
(2) そう状態 1 行為心迫 2 多弁 3 感情高揚・易刺激性 4 その他()		
(3) 幻覚妄想状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他()		
(4) 精神運動興奮及びこん迷の状態 1 興奮 2 こん迷 3 拒絶 4 その他()		
(5) 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情平板化 3 意欲の減退 4 その他()		
(6) 情動及び行動の障害 1 爆発性 2 暴力・衝動行為 3 多動 4 食行動の異常 5 チック・汚言 6 その他()		
(7) 不安及び不穏 1 強度の不安・恐怖感 2 強迫体験 3 心的外傷に関連する症状 4 解離・転換症状 5 その他()		
(8) てんかん発作等(けいれん及び意識障害) 1 てんかん発作 発作型() 頻度() 最終発作(年 月 日) 2 意識障害 3 その他()		
(9) 精神作用物質の乱用及び依存等 1 アルコール 2 覚醒剤 3 有機溶剤 4 その他() ア 乱用 イ 依存 ウ 残遺性・遅発性精神病性障害(状態像を該当項目に再掲すること) エ その他() 現在の精神作用物質の使用 有・無(不使用の場合、その期間 _____ 年 月 から)		
(10) 知能・記憶・学習・注意の障害 1 知的障害(精神遅滞) ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 療育手帳(有・無、等級等) 2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 3 その他の記憶障害 () 4 学習の困難 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他() 5 遂行機能障害 6 注意障害 7 その他()		
(11) 広汎性発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 コミュニケーションのパターンにおける質的障害 3 限定した常同的で反復的な関心と活動 4 その他()		
(12) その他()		

⑤ ④の病状・状態像等の具体的程度、症状、検査所見 等(てんかん発作については、転倒や自動症の有無と頻度等を記載)

〔 検査所見：検査名、結果、時期 〕

⑥ 生活能力の状態 (アパートでの単身生活等、保護的環境ではない場合を想定して判断する。児童では年齢相応の能力と比較の上で判断する)

1 現在の生活環境

入院・入所(施設名)・在宅(ア 単身・イ 家族等と同居)・その他()

2 日常生活能力の判定(該当するもの1つを○で囲む)

(1)適切な食事摂取

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(2)身の清潔保持、規則正しい生活

自発的にできる ・ 自発的にできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(3)金銭管理と買物

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(4)通院と服薬(要・不要)

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(5)他人との意思伝達・対人関係

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(6)身の安全保持・危機対応

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(7)社会的手続や公共施設の利用

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

(8)趣味・娯楽への関心、文化的社会的活動への参加

適切にできる ・ おおむねできるが援助が必要 ・ 援助があればできる ・ できない

3 日常生活能力の程度

(該当する番号を選んで、どれか1つを○で囲む)

(1) 精神障害を認めるが、日常生活及び社会生活は普通にできる。

(2) 精神障害を認め、日常生活又は社会生活に一定の制限を受ける。

(3) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、時に応じて援助を必要とする。

(4) 精神障害を認め、日常生活に著しい制限を受けており、常時援助を必要とする。

(5) 精神障害を認め、身の回りのことはほとんどできない。

⑦ ⑥の具体的程度、状態等(就労している場合は、正職員かパートか、保護的就労か等、就労状況についても記載する)

⑧ 現在の障害福祉等のサービスの利用状況(該当する番号を○印で囲む)

1 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)に規定するもの

(1)自立訓練(生活訓練) (2)共同生活援助(グループホーム) (3)居宅介護(ホームヘルプ)

(4)その他の障害福祉サービス()

2 訪問指導 3 精神科デイケア・ナイトケア 4 生活保護

⑨ 備考

上記のとおり、診断します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関所在地

電話番号

診療担当科名

医師氏名(自署又は記名捺印)

様式第3号（第2条関係）を次のように改める。

様式第3号（第2条関係）

同 意 書

年 月 日

聖籠町長 様

住 所
氏 名
生年月日 年 月 日

精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、私の障害の等級及び支給事由（診断名）について日本年金機構又は各共済組合等の実施機関に照会することに同意します。

様式第4号別紙（第3条関係）を次のように改める。

（様式第4号別紙）

依 頼 日 : _____

市 町 村 名 : _____

NO.	区分		氏名	手帳番号	自立支援 医療同時 申請	備考
	新規	更新				
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
合計						

※ 「区分」欄は「新規」・「更新」の該当する方に○をつけること。

※ 「自立支援医療同時申請」欄は自立支援医療(精神通院医療)との同時申請の場合に○をつけること。

※ 必要に応じ行数を追加すること。

様式第5号（第3条関係）を次のように改める。

様式第5号（第3条関係）

第 号
年 月 日

様

聖籠町長

精神障害者の障害の等級について(照会)

このことについて、別紙対象者の精神障害者保健福祉手帳の交付にあたり、障害の等級等を確認する必要があるため、下記により回答願います。

なお、対象者の同意書を添付します。

記

- 1 照会事項 別紙対象者の 年 月 日現在の障害等級
- 2 回答年月日 年 月 日()まで
- 3 添付書類
 - ・対象者名簿
 - ・対象者同意書
 - ・回答用紙(2部)
- 4 その他 手帳の交付に当たり、現在受給している障害年金(特別障害給付金)が精神障害を支給事由とするものであるか確認する必要がありますので、支給事由(診断名)を支給事由欄に記載して下さい。

様式第5号の次に次の3様式を加える。

様式第5号（第3条関係）
別紙

年金証書 記号番号	氏名	生年月日	住所	障害等級	支給事由
				級号	

様式第5号（第3条関係）

別紙2（事務所控え）

第 号
年 月 日

聖籠町長 様

（ 実施機関の長 ）

精神障害者の障害の等級について（回答）

年 月 日付け 第 号で照会のこのことについて、別紙のとおり回答します。

様式第5号(第3条関係)
別紙3

第 号
年 月 日

聖籠町長 様

(実施機関の長)

精神障害者の障害の等級について(回答)

年 月 日付け 第 号で照会のこのことについて、別紙のとおり回答します。

様式第8号（第4条関係）を次のように改める。

<p>様式第8号（第4条関係）</p>	<p>記載事項変更欄</p>	<p>予備欄</p>	<p>交付日 有効期限 (更新) (更新) (更新) (更新)</p> <p>年 月 日</p> <p>聖 籠 町</p> <p style="font-size: small;">精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の保健福祉手帳</p>	<p>障害者手帳</p> <p>聖 籠 町</p>	<p>備 考</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 医療や生活などのことで相談したいときは、聖籠町役場、保健所、精神保健福祉センター、福祉事務所などにご相談ください。 2 住所や氏名が変わったときは、変更届を出してください。 3 この手帳を万が一なくしたりしたときは、再交付を申請してください。 4 この手帳は、他人に譲ったり、貸したりすることはできません。 5 更新の申請は、有効期限の3か月前から聖籠町役場で行うことができます。 														
	<p>精神障害者保健福祉手帳交付にあたって (趣旨)</p> <p>本手帳は、一定の精神状態にあることを証する手段となることにより、手帳の交付を受けた者に対し各方面の協力により、各種の支援策が講じられることを促進し、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進を図ることを目的としています。</p> <p>(手帳に基づく支援助産)</p> <p>手帳の交付を受けた方は、税金について障害者控除等の優遇措置を受けることができます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・所得税及び住民税の障害者控除 ・預貯金の利子所得の非課税 ・低所得の障害者の住民税の一部非課税 	<p>相乗効果の障害者控除</p> <ul style="list-style-type: none"> ・贈与税の一部非課税 ・自動車税、軽自動車及び自動車取得税の減免(1級のみ)など。 ・手帳の1級又は2級の場、生活保護の障害者加算の設定をうけることができる場合があります。 <p>(相談窓口)</p> <p>税については、税務署・地域振興局税務(県税事務所)・県税務課自動車税係、市町村税担当にご相談ください。</p> <p>生活保護の障害者加算については、受給中の福祉事務所等へご相談ください。</p> <p>その他精神保健及び精神障害者福祉に関する一般的事項については町の相談窓口又はもよりの地域振興局健康福祉部(保健所)・新潟県精神保健福祉センターへご相談ください。</p>	<p>写真 3cm×4cm (脱着して上半身を写したものの)</p> <p>障害等級</p> <p>氏 名</p> <p>住 所</p> <p>生年月日</p> <p>手帳番号</p>	<p>メ</p> <p>モ</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2">聖籠町の相談窓口</th> </tr> <tr> <th>名称</th> <th>所在地</th> </tr> <tr> <td>聖籠町役場</td> <td>課</td> </tr> <tr> <th colspan="2">新潟県関係機関</th> </tr> <tr> <th>名称</th> <th>所在地</th> </tr> <tr> <td>新発田地域振興局健康福祉部(保健所)</td> <td>新発田</td> </tr> <tr> <td>新潟県精神保健福祉センター</td> <td>新発田</td> </tr> </table>	聖籠町の相談窓口		名称	所在地	聖籠町役場	課	新潟県関係機関		名称	所在地	新発田地域振興局健康福祉部(保健所)	新発田	新潟県精神保健福祉センター	新発田
聖籠町の相談窓口																			
名称	所在地																		
聖籠町役場	課																		
新潟県関係機関																			
名称	所在地																		
新発田地域振興局健康福祉部(保健所)	新発田																		
新潟県精神保健福祉センター	新発田																		

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、告示の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この告示の施行の際現に存するこの告示による改正前の様式第1号、様式第2号、様式第3号、様式第4号別紙、様式第5号及び様式第8号の用紙は、当分の間、これを取り繕って使用することができる。