

定価(消費税込)一箇年 一六八〇〇円(郵送料を含む。)

山梨県公報

号外第一号

平成二十一年
二月三日

火曜日

目次

規則

山梨県心身障害者扶養共済条例施行規則の一部を改正する規則……………一

規則

山梨県規則第一号

山梨県心身障害者扶養共済条例施行規則の一部を改正する規則を次のように定める。

平成二十一年一月三十日

山梨県知事 横 内 正 明

山梨県心身障害者扶養共済条例施行規則の一部を改正する規則

山梨県心身障害者扶養共済条例施行規則(昭和四十五年山梨県規則第二十二号)の一

部を次のように改正する。

第一号様式を次のように改める。

申込者(被保険者)告知書

(心身障害者扶養共済制度)

・「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

殿

告知日	平成 年 月 日			*告知書有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内		
フリガナ				性別	生年月日	
申込者氏名	(姓)	(名)	印	① 男	③ 昭和	年 月 日
				② 女	④ 平成	

申込者の告知

最近の健康状態	①最近3ヶ月以内に、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査・治療・入院・手術をすすめられたことがありますか。 * はいの場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	はい	いいえ
過去5年以内の健康状態	②過去5年以内に、病気やけがで手術を受けたこと、または継続して2週間以上の入院をしたことがありますか。 * はいの場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	はい	いいえ
	③過去5年以内に下記の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 ある場合は、右の はい および下記病名を○で囲んだうえ、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	はい	いいえ
	心臓・血管 狭心症・心筋こうそく・心臓弁膜症・先天性心臓病・心筋症・高血圧症(※)		
	脳・精神・神経 脳卒中(脳出血・脳こうそく・くも膜下出血)・脳動脈硬化症・精神病・神経症・てんかん・自律神経失調症・アルコール依存症		
肺・気管支 ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核 腎・泌尿器 腎炎・ネフローゼ・腎不全			
食道・胃腸・すい臓 胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎 眼・耳・鼻 緑内障・網膜の病気・角膜炎の病気	はい	いいえ	
肝臓・胆のう 肝炎(肝炎ウィルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害 がん・しゅよう がん・肉腫・白血病・しゅよう・ボリーブ			
その他 糖尿病(※)・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内腺症・卵巣のう腫・乳腺症			
	④過去5年以内に、上記③以外の病気やけがで2週間以上にわたり、医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。 * はいの場合、下記〔詳細記入欄〕に記入してください。	はい	いいえ
身体の障害	⑤現在身体に障害はありますか。はいの場合は、該当するところを○で囲んだうえ、「障害の原因・部位・程度等」欄に詳細を記入してください。	はい	いいえ

機能障害	目・耳・言語・そしゃく	障害の原因・部位・程度等
欠損	手・足・手指・背骨(脊柱)	
変形	手・足・手指・背骨(脊柱)	

〔詳細記入欄〕 上記①～④に はい があつた場合は、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(※)」・「糖尿病(※)」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。

はい をつけた該当番号	①・②・③・④	①・②・③・④
病気やけがの名前・検査名・検査結果		
診察・検査・治療・投薬を受けた期間	年 月から 年 月	年 月から 年 月
入院の有無・期間	無・有(年 月から 年 月)	無・有(年 月から 年 月)
手術の有無(手術の名前、または内容・部位)	無・有()	無・有()
症状経過	完治・治療中・検査中・検査終了(異常なし)・経過観察中	完治・治療中・検査中・検査終了(異常なし)・経過観察中
入院・手術・診察・検査・治療・投薬を受けた医療機関名		
	(※) [高血圧症の場合は記入してください] 最近の血圧 最大 mmHg 最小 mmHg	(※) [糖尿病の場合は記入してください] 最近の空腹時血糖値 mg/dl 治療方法()

心身障害者

フリガナ				性別	生年月日		
心身障害者氏名	(姓)	(名)	印	① 男	① 明治	② 大正	年 月 日
				② 女	③ 昭和	④ 平成	
障害の種類・程度	① 知的障害	① A	② B	申込者の心身障害者との続柄	① 配偶者	② 父母	
	② 身体障害	① 1級	② 2級		③ 3級	③ 兄弟姉妹	④ その他の親族
	③ 精神障害	① 1級	② 2級		申込者が配偶者、父母以外の場合はその理由		
	④ その他	① その他					
生保記入欄							

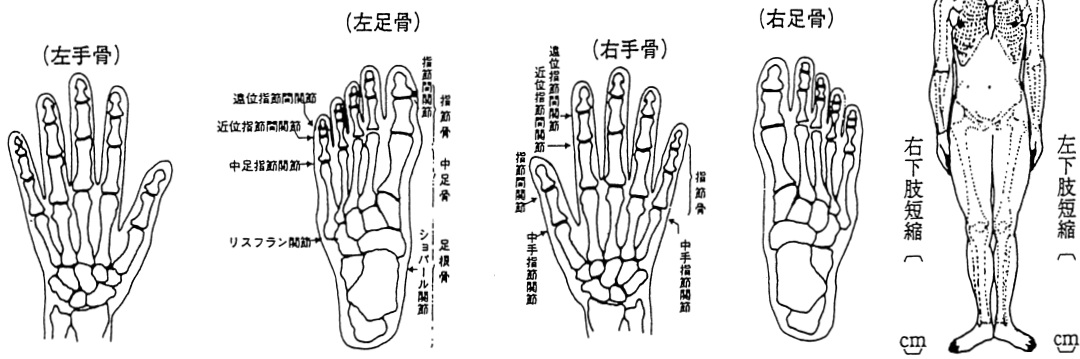
第十二号様式を次のように改める。

障 害 診 断 書

1. 氏名	男・女	2. 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
3. 障害の種類	1. 両眼の視力を全く永久に失ったもの 2. 言語の機能を全く永久に失ったもの 3. そしゃくの機能を全く永久に失ったもの 4. 両上肢を手関節以上で失ったもの 5. 両下肢を足関節以上で失ったもの 6. 1上肢を手関節以上で失いかつ、 1下肢を足関節以上で失ったもの 7. 両上肢の用を全く永久に失ったもの 8. 両下肢の用を全く永久に失ったもの 9. 10手指を失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 10. 両耳の聴力を全く永久に失ったもの		8. 受傷日 (発病)	年 月 日 (医師推定) (患者申告)		
			9. 初診日	年 月 日		
			10. 入院日	年 月 日		
			11. 退院日 現在入院中	年 月 日 年 月 日		
4. 傷病名			12. 終診日 現在治療中(当院・他院)	年 月 日 年 月 日		
5. 4の原因			(医師推定) (患者申告)			
6. 障害の部位						
7. 今回の受傷 以前にあった 身体障害	(有) (無)	→部位と障害内容	13. 前医	(有) (無)	→住所・氏名	
14. 今回の受傷(発病)から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、障害状態の詳細						
<p style="text-align: center;">治療内容</p> <p style="text-align: center;">手術名</p> <p style="text-align: right;">手術日 年 月 日</p>						
15. 視力障害	裸眼視力・矯正視力		矯正不能・不適の場合は			
	右眼.....	()	その理由 ()			
	左眼.....	()	検査(計測)日 年 月 日			
16. 聴力障害	該当する項目に○印をつけてください a. 聴力レベル b. 聴力損失	周波数 500Hz 右()dB ()dB ()dB 左()dB ()dB ()dB	1000Hz	2000Hz	17. 機能しや障害く	(下記A～Cのうち該当する項目に○印をしてください) A. 通常の飲食物が食べられる B. かゆ食またはこれに準ずる程度の飲食物であれば食べられる C. 流動食しか摂取できない
		検査(計測)日 年 月 日		検査(計測)日 年 月 日		
18. 言語機能の障害	(該当する項目に○印をしてください)					
	(程度) A. 言語機能のそう失(音声語による意志の疎通が全くできない) B. 言語機能の著しい障害(身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意志の疎通が困難である) C. 言語機能の障害(簡単な単語の発語により意志の疎通がかるうじて可能) D. その他		(原因) a. こう頭てき出(1.全部 2.一部) b. 中枢性失語症 c. 構音障害(1.口唇音 2.歯舌音 3.口蓋音 4.こう頭音) ※全不能な場合には○印をお願いします d. その他()			
		検査(計測)日 年 月 日				

19. 運動麻痺・欠損・短縮

(四肢、手指、足指の切断の場合は、切断箇所にはっきりと線を入れてください。
四肢の完全運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示してください。
下肢短縮の場合は、その程度 [cm] を記入してください。)



20. 手指・足指の運動障害(自動運動範囲)

	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指
右(手指)・(足指)					
遠位指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()
近位指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()
中足指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()
左(手指)・(足指)					
遠位指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()
近位指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()
中足指節間関節	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()	伸展度 () 屈曲度 ()

※ (-)については、記入の必要はありません。
母指においては、指節間関節とします。

21. 四肢関節の運動障害(自動運動範囲)

部位	運動の種類・範囲	MMT(※)	伸展度 ~ 屈曲度	内転度 ~ 外転度	内旋度 ~ 外旋度
肩 関節	右		~	~	~
	左		~	~	~
肘 関節	右		~	~	~
	左		~	~	~
手 関節	右		~	~	~
	左		~	~	~
股 関節	右		~	~	~
	左		~	~	~
膝 関節	右		~	~	~
	左		~	~	~
足 関節	右		~	~	~
	左		~	~	~

※MMT (徒手筋力テスト) 欄には、結果を0~5の数値にてご記入ください。

22. 回復の可能性と症状の固定についての意見

上記の障害状態を診断された日 年 月 日
症状の固定時期 年 月 日頃

上記のとおり診断します。

所在地
病院又は診療所等の 名称
医師氏名

年 月 日

附則

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則による改正後の山梨県心身障害者扶養共済条例施行規則（以下この項、次項及び附則第四項において「新規規則」という。）第二号様式の規定は平成二十一年四月一日以後に心身障害者扶養共済制度に加入しようとする者について、新規規則第十二号様式の規定は同年四月分以後の月分の年金の給付請求を行おうとする者について適用する。

(経過措置)

- 3 平成二十一年九月一日以前に心身障害者扶養共済制度に加入しようとする者は、新規規則第二号様式の規定にかかわらず、加入等申込書にこの規則による改正前の山梨県心身障害者扶養共済条例施行規則（次項において「旧規則」という。）第二号様式を添えて加入の申込みを行うことができる。
- 4 平成二十一年九月分までの月分の年金の給付請求を行おうとする者は、新規規則第十二号様式の規定にかかわらず、年金給付請求書に旧規則第十二号様式を添えて年金の給付請求を行うことができる。