

京都市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則を公布する。

平成18年3月30日

京都市長 榊本 頼兼

京都市規則第183号

京都市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則

京都市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を次のように改正する。

第2条を削り、第3条を第2条とし、第4条を第3条とする。

第5条の見出し中「通院医療費公費負担及び」を削り、同条中「第32条第3項若しくは」を削り、「通院医療費公費負担・精神障害者保健福祉手帳交付等申請書（第2号様式）」を「精神障害者保健福祉手帳交付等申請書（第1号様式）」に改め、同条を第4条とする。

第6条を削る。

第7条第1項を削り、同条第2項中「第4条の2第3項若しくは」を削り、「若しくは第4項又は前項」を「又は第4項」に、「通院医療費公費負担患者票・精神障害者保健福祉手帳変更届（第4号様式）」を「精神障害者保健福祉手帳変更届（第2号様式）」に改め、同項を同条第1項とし、同条第3項を削り、同条を第5条とする。

第8条の見出しを「(精神障害者保健福祉手帳の再交付の申請)」に改め、同条第1項を削り、同条第2項中「又は前項」を削り、「通院医療費公費負担患者票・精神障害者保健福祉手帳再交付申請書（第5号様式）」を「精神障害者保健福祉手帳再交付申請書（第3号様式）」に改め、同項を同条第1項とし、同条第3項及び第4項を削り、同条を第6条とする。

第9条を削り、第10条を第7条とする。

第11条第1項中「第7号様式」を「第4号様式」に改め、同条を第8条とする。

第12条を削る。

第1号様式を削る。

第2号様式中「第5条関係」を「第4条関係」に改め、同様式注以外の部分中

「通院医療費公費負担等申請書」を「精神障害者保健福祉手帳交付等申請書」に改め、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第32条第3項の規定により通院医療費の公費負担」を削り、

通院医療費の公費負担の申請の区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 追加（理由） <input type="checkbox"/> 本市への転入						
通院医療機関	名称							
	所在地							
加入医療保険等の種別		<input type="checkbox"/> 健康保険（ <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者） <input type="checkbox"/> 国民健康保険（ <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者の被扶養者） <input type="checkbox"/> 船員保険（ <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者） <input type="checkbox"/> 労働者災害補償保険 <input type="checkbox"/> 共済（ <input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 被扶養者） <input type="checkbox"/> 老人保健 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 生活保護						
通院医療費公費負担受給者番号							有効期限	年 月 日
精神障害者保健福祉手帳	障害等級	級						
	交付番号						有効期限	年 月 日
精神障害者の連絡先	住所							
	氏名	電話			-	精神障害者との関係		

精神障害者保健福祉手帳	障害等級	級										
	交付番号											有効期限
精神障害者の連絡先	住 所											
	氏 名	電話 —										

同様式注2及び3を削り、同注1を同注とし、同様式を第1号様式とする。

第3号様式を削る。

第4号様式中「第7条関係」を「第5条関係」に改め、同様式注以外の部分中

「通院医療費公費負担患者票 変更届」を「精神障害者保健福祉手帳変更届」に、  
精神障害者保健福祉手帳

<input type="checkbox"/> 第4条の2第3項 <input type="checkbox"/> 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令 <input type="checkbox"/> 第7条第2項 <input type="checkbox"/> 第7条第4項 <input type="checkbox"/> 京都市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則第7条第1項 定により届け出ます。												
本人の氏名												
通院医療費公費負担患者票	受給者番号										有効期限	年 月 日

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令 <input type="checkbox"/> 第7条第2項 <input type="checkbox"/> 第7条第4項 の規定により届け出ます。												
本人の氏名												

改め、同様式を第2号様式とする。

第5号様式中「第8条関係」を「第6条関係」に改め、同様式注以外の部分中

「通院医療費公費負担患者票 再交付申請書」を「精神障害者保健福祉手帳再交付申請書」に、  
精神障害者保健福祉手帳

<input type="checkbox"/> 京都市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則第8条第1項の <input type="checkbox"/> 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定に 規定により通院医療費公費負担患者票 の再交付を申請します。 より精神障害者保健福祉手帳							
精神障害者	住 所						
	氏 名				性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	年 月 日					
通院医療費 公費負担患 者票	受給者 番号					有効期限	年 月 日

を

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第10条第1項の規定 により精神障害者保健福祉手帳の再交付を申請します。						
精神障害者	住 所					
	氏 名				性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	年 月 日				

に改め、

同様式を第3号様式とする。

第6号様式を削る。

第7号様式中「第11条関係」を「第8条関係」に改め、同様式を第4号様式とする。

第8号様式から第10号様式までを削る。

附 則

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

(保健福祉局保健福祉部障害保健福祉課)