

規則

児童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。

平成二十七年十二月二十二日

埼玉県知事 上田清司

埼玉県規則第七十八号

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

児童福祉法施行細則（昭和四十二年埼玉県規則第五十九号）の一部を次のように改正する。

第三条第一項中「において変更があつた場合」の下に「若しくは個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成二十五年法律第二十七号）第二条第五項に規定する個人番号をいう。）に変更があつた場合」を加える。

第十三条及び第十五条中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。
別表第二の備考3(1)中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改める。

様式第一号の二（表面）中「氏名（自署又は記名押印）」を

「氏名（自署又は記名押印）」を「氏名（自署又は記名押印）」に改め、同様式（裏面）中

世帯員氏名	受診者の続柄	生年月日	小児慢性又は指定難病受給者であるもの	左記受給者番号
	受診者	年月日	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性指定難病	
		年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性指定難病	
		年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性指定難病	
		年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性指定難病	
		年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性指定難病	
		年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性指定難病	
		年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性指定難病	
		年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性指定難病	
		年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性指定難病	
		年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性指定難病	

世帯員氏名 個人番号		居住地	受診者の続柄	生年月日	小児慢性又は指定難病受給者であるもの	左記受給者番号
			受診者	年月日	<input type="checkbox"/> 指定難病	

				年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病	
				年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病	
				年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病	
				年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病	
				年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病	
				年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病	
				年月日	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病	

を

の
者
号
記
給

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

に改める。

様式第一号の三中「受給者との続柄」を「受診者との続柄」に、「受給者氏名」

を「受診者氏名」に改める。

様式第一号の七を次のように改める。

様式第1号の7（第1条の2関係）

（表面）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請事項変更届出書

年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

届出者 居 住 地 〒
 フ リ ガ ナ
 氏 名（自署又は記名押印） ⑩
 個 人 番 号
 電 話 番 号
 受診者との続柄

児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により、小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請に係る事項を次のとおり変更しましたので届け出ます。

公費負担者番号										フリガナ	
受給者番号										受診者氏名	
										個人番号	

		変更前				変更後				
受診者	氏 名					氏 名				
	居 住 地					居 住 地				
	個 人 番 号					個 人 番 号				
	性 別		生年 月日			性 別		生年 月日		
保護者	氏 名 （続柄）	（ ）				氏 名 （続柄）	（ ）			
	居 住 地					居 住 地				
	個 人 番 号					個 人 番 号				
	電 話 番 号					電 話 番 号				
保 険	保 険 者 称 名 称					保 険 者 称 名 称				
	記号・番号					記号・番号				
受診を希望する医療機関	名 称					名 称				
	所 在 地					所 在 地				
負担上限 月額算定 のため の必要 事項										

(裏面)

		変更前		変更後	
1	氏名			氏名	
	個人番号			個人番号	
	居住地			居住地	
	受診者との続柄			受診者との続柄	
	生年月日			生年月日	
2	氏名			氏名	
	個人番号			個人番号	
	居住地			居住地	
	受診者との続柄			受診者との続柄	
	生年月日			生年月日	
3	氏名			氏名	
	個人番号			個人番号	
	居住地			居住地	
	受診者との続柄			受診者との続柄	
	生年月日			生年月日	
4	氏名			氏名	
	個人番号			個人番号	
	居住地			居住地	
	受診者との続柄			受診者との続柄	
	生年月日			生年月日	
5	氏名			氏名	
	個人番号			個人番号	
	居住地			居住地	
	受診者との続柄			受診者との続柄	
	生年月日			生年月日	
6	氏名			氏名	
	個人番号			個人番号	
	居住地			居住地	
	受診者との続柄			受診者との続柄	
	生年月日			生年月日	
7	氏名			氏名	
	個人番号			個人番号	
	居住地			居住地	
	受診者との続柄			受診者との続柄	
	生年月日			生年月日	

医療費支給認定基準世帯員

氏名 (自署又は記名押印)
 電話番号 番号
 続柄
 受給者との続柄

⑩
 氏名

「 受給者」	
フリガナ	
氏名	
居住地	
疾病名	

氏名 (自署又は記名押印) ⑩
 個人番号
 電話番号
 受診者との続柄

	男・女	生年 月日	年 月 日
「 受診者」			
フリガナ		氏名	
個人番号		居住地	
疾病名			

	男・女	生年 月日	年 月 日
「 受給者」			
⑩ 氏名			

様式第一号の十二中

「
受給者」

「
受診者」

「
受給者の続柄」

「
受診者の続柄」

⑩
氏名

本 氏名		男・女	生年 月日	年
---------	--	-----	----------	---

様式第三号 中

人	居住地		本人との 続柄	職
	氏名	居住地		
扶養義務者				

月日	歳	「あて先」の居住地			
		氏名	居住地	男・女	年月日
		本人	個人番号	本人との 続柄	
		扶養義務者	個人番号		

「あて先」の居住地を記入する。

年月日	歳
職業	

様式第三号（表）を次のように改める。

(表)

世 帯 調 書								
申 請 者 氏 名					本 人 氏 名			
児 童 の 属 す る 世 帯 構 成	(1) 世帯構成員名 個人番号	続柄	性別	生年月日	職 業 (勤務先)	(2) ※階層 区分	(3) ※所得 税額	(4) ※備考
世 帯 外 扶 養 義 務 者	氏名							
	住所							
	個人 番号							
	氏名							
	住所							
	個人 番号							
<p>注意 1 ※欄は、記入しないでください。</p> <p>2 所得税等の関係証明書を必ず添付してください。</p> <p>3 裏面の記載要領を参照してください。</p> <p>4 不明な点は、提出先の保健所に確認してください。</p>								

様式第六号を次のように改める。

様式第6号（第3条関係）

療育給付変更届出書										
公費負担者番号										本人 氏名
公費負担医療 の受給者番号									X	個人 番号
本人	居住地の変更	変更前						変更後		
	個人番号の変更	変更前						変更後		
扶養 義務者	氏名の変更	変更前						変更後		
	居住地の変更	変更前						変更後		
	個人番号の変更	変更前						変更後		
保険者名の変更		変更前						変更後		
被保険者証の記号 及び番号の変更		変更前						変更後		
変更年月日			年 月 日							
<p>療育の給付について、上記のとおり変更したので届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者住所 氏名（自署又は記名押印）</p> <p>（宛先） 埼玉県 保健所長</p>										
届出書 收受年月日										

様式第九号及び様式第十号を次のように改める。

助産施設入所申込書

年 月 日

(宛先)
埼玉県 福祉事務所長

妊産婦 居住地

氏名（自署又は記名押印） ㊞

児童福祉法第22条第2項の規定により助産施設に入所したいので、次のとおり申し込
みます。

入所を希望する 助産施設名		第一希望						
		第二希望						
出産予定日		年 月 日						
助産の実施を希望する理由								
区分	ふりがな 氏名	住民 登録地	妊産婦 との 続柄	生年 月日	職業	課税の有無		備考
	個人番号					本年度 分市町 村民税	前年分 所得税	
妊産婦の 世帯員			本人			有・無	有・無	
				/	/	有・無	有・無	
				/	/	有・無	有・無	
				/	/	有・無	有・無	
				/	/	有・無	有・無	
妊産婦の 医療保険の 加入状況	加入の有無	有・無		保険の種類				
	被保険者名							
	出産育児一時金等の額							

- 注意1 この入所申込書は、埼玉県 福祉事務所に提出してください。
- 2 「助産の実施を希望する理由」の欄には、保健上入院助産を受けることを必要とする具体的な理由（例えば、生活が苦しく出産費用を捻出できない等）を記入してください。
- 3 「妊産婦の世帯員」の欄には、妊産婦本人を含めて妊産婦と生計を一にしている者を全員記入してください。ただし、個人番号欄については、18歳未満で未就業の者は記入不要です。
- 4 入所者負担額決定のために、妊産婦本人及び世帯員のうち、妊産婦の扶養義務者全員（18歳未満で未就業であれば不要）分の所得税等の関係証明書を添付してください。
なお、扶養義務者とは、配偶者、父母、祖父母、子、養父母、兄弟姉妹その他家庭裁判所で扶養の義務を負うとされた伯叔父母等をいいます。
- 5 備考には、健康状況等助産の実施につき参考となる事項を記入してください。

母子生活支援施設入所申込書

年 月 日

(宛先)
埼玉県 福祉事務所長

保護者 居住地

氏名（自署又は記名押印） ㊟

児童福祉法第23条第2項の規定により母子生活支援施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所を希望する母子生活支援施設名				第一希望		
				第二希望		
母子保護の実施を希望する理由						
母子保護の実施を希望する期間				年 月 日から 年 月 日まで		
区分	ふりがな 氏名	住民 登録地	保護者 との 続柄	生年 月日	職業又は就学 の 状況等	備考
	個人番号		本人			
入所を 希望する 保護者 及び 児童						

- 注意1 この入所申込書は、埼玉県 福祉事務所に提出してください。
- 「母子保護の実施を希望する理由」の欄には、その具体的な理由を記入してください。
 - 母子保護の実施期間については希望に沿えない場合があります。
 - 「入所を希望する保護者及び児童」の欄には、入所を希望する保護者及びその監護する児童の全員について記入してください。
 - 入所者負担額決定のために、入所を希望する保護者とその監護する児童（未就業であれば不要）の所得税等の関係証明書を添付してください。
 - 備考には、健康状況等母子保護の実施につき参考となる事項を記入してください。

様式第二十五号（案）中

申請者		フリガナ 氏名	生年月日
居住地		〒	続柄
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名			

年 月 日

※

電話番号
年 月 日

フリガナ 申請者	フリガナ 氏名	居住地	〒	個人 生年月日 続柄
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名				

月 日	年 月 日
-----	-------

① 「指定医療機関」 ※ 「指定発達支援医療機関」

番号	
月 日	年 月 日
柄	

に改める。

様式第三十九号の二を次のように改める。

様式第39号の2（第17条関係）

里親名簿

登録番号		児童相談所	
里親			
氏名		氏名	
個人番号		個人番号	
性別		性別	
生年月日		生年月日	
職業		職業	
健康状態		健康状態	
養育里親研修 修了年月日		養育里親研修 修了年月日	
専門里親研修 修了年月日		専門里親研修 修了年月日	
登録 年月日		登録 年月日	
里親の種類	養育・養育（短期）・ 養育（親族）・専門・ 親族・養子縁組	里親の種類	養育・養育（短期）・ 養育（親族）・専門・ 親族・養子縁組
住所			
同居人の状況			
氏名	生年月日	性別	続柄
個人番号			職業等
			健康状態
備考			

備考 「里親の種類」の欄の記載は、次の要領に従ってすること。

- 1 1年以内の期間を定めて要保護児童を養育する者は、「養育（短期）」に○を付けること。
- 2 要保護児童の親族である扶養義務者及びその配偶者は、「親族」に○を付けること。
- 3 要保護児童の扶養義務者以外の親族（上記2に該当する者を除く。）は、「養育（親族）」に○を付けること。

様式第三十九号の三中

申請者	住所		生年月日	性別	職	
	氏名	氏名			続柄	職
申請者の同居人	氏名	生年月日	性別	続柄	職	

業	健康状態
業	健康状態

申請者	住所		生年月日	性別	職	
	氏名	氏名			続柄	職
申請者の同居人	氏名	生年月日	性別	続柄	職	
	氏名	生年月日	性別	続柄	職	
	氏名	生年月日	性別	続柄	職	
	氏名	生年月日	性別	続柄	職	
	氏名	生年月日	性別	続柄	職	

業	健康状態
業	健康状態

に添付する。

「申込者 居住地

様式第三十九号の十五中「あて先」を「宛先」に、

氏 名（自署又は

「申込者 居住地

を 氏 名（自署又は記名押印） に改め、同様式の注意3

記名押印）」 個人番号 「

中「そえない」を「拾えない」に改める。

附 則

- 1 この規則は、平成二十八年一月一日から施行する。
- 2 この規則による改正前の児童福祉法施行細則に定める様式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。