

宮城県公報

発行
宮 城 県
(総務部私学文書課)
宮城県仙台市青葉区
本町三丁目8番1号
電話 022(211)2267
(毎週火、金曜日発行)

目次

規 則

- 肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則 (疾病・感染症対策室) 一
- 児童福祉法施行細則の一部を改正する規則 (子ども家庭課) 一一

ページ

規 則

肝炎治療に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十一年三月三十一日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第四十七号

肝炎治療に係る医療費用交付規則

肝炎治療に係る医療費用交付規則(平成二十年宮城県規則第四十九号)の一部を次のように改正する。

第二条第一項中、「私立学校教職員共済組合法」を、「私立学校教職員共済法」に、「国家公務員等共済組合法」を、「国家公務員共済組合法」に改め、同条第二項中、「受給者証の」を、「受給者の」に改め、同条第三項第四号中、「課税年額」の下に、「以下」市町村民税(所得割)課税年額」という。」を加え、同項中第五号を第六号とし、第四号の次に次の一号を加える。

五 受給者とならうとする者(同一の世帯に属する者のうちに、当該受給者とならうとする者及びその配偶者を医療保険各法(国民健康保険法を除く。)の規定による被扶養者(以下単に「被扶養者」という。)(若しくは地方税法第二百九十二条第一項第八号に規定する扶養親族(以下単に「扶養親族」という。)(とし、当該受給者とならうとする者若しくはその配偶者の被扶養者若しくは扶養親族でないもの又は国民健康保険法の規定による被保険者(以下「受給者とならうとする者」と扶養の関係がない者」という。)(がいるときは、これを証明する書類(受給者の認定において、受給者とならうとする者等と扶養の関係のない者の市町村民税(所得割)課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。))

給者の認定において、受給者とならうとする者等と扶養の関係のない者の市町村民税(所得割)課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。)

第三条中「受給者証」を「受給者」に改め、同条に次の三項を加える。

2 受給者は、知事が別に定める場合には、受給者の認定の有効期間の延長を申請することができる。

3 前項の規定による申請をしようとする受給者は、受給者証を添えて、当該受給者の認定の有効期間の満了前に、肝炎インターフェロン治療受給者有効期間延長申請書(延長投与用)(様式第四号(その一))又は肝炎インターフェロン治療受給者有効期間延長申請書(治療休止期間用)(様式第四号(その二))を知事に提出しなければならない。

4 前条第四項の規定は、第二項の申請に準用する。

第五条中「様式第四号」を「様式第五号」に改める。

第六条中「様式第五号」を「様式第六号」に改め、同条に次の三項を加える。

2 受給者は、知事が別に定める場合には、月額自己負担限度額の変更を申請することができる。

3 前項の規定による申請をしようとする受給者は、次の各号に定める書類を添えて、肝炎インターフェロン治療受給者証月額自己負担限度額変更申請書(様式第七号)を知事に提出しなければならない。ただし、知事が特別の事情があると認めるときは、この限りでない。

一 受給者証

二 受給者及び受給者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し

三 受給者及び受給者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類

四 受給者と同一の世帯に属する者のうちに、当該受給者及びその配偶者を被扶養者若しくは扶養親族とし、当該受給者若しくはその配偶者の被扶養者若しくは扶養親族でないもの又は国民健康保険法の規定による被保険者(以下「受給者等」と扶養の関係がない者)がいることを証明する書類(月額自己負担限度額の変更において、受給者等と扶養の関係がない者の市町村民税(所得割)課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。)

4 第二条第四項の規定は、第二項の申請に準用する。

第七条第二項中「様式第六号」を「様式第八号」に改める。

第九条第二項中「様式第七号」を「様式第九号」に改め、同条第三項中「様式第八号」を「様式第十号」に改める。

様式第一号を次のように改める。

給者の認定において、受給者とならうとする者等と扶養の関係のない者の市町村民税(所得割)課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。)

様式第1号(第2条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証交付申請書						
					年 月 日	
宮城県知事		殿		(〒 -)		
				申請者住所	印	
				申請者氏名		
				患者との続柄(患者の)	
<p>肝炎治療に係る医療費用交付規則第2条第2項の規定により、下記のとおり申請します。</p>						
患 者	フリガナ名		性別	生年月日	職業	
	氏名		男・女	年 月 日 (満 才)		
住 所	(〒 -) 宮城県 市・郡		(電話 - -) 区・町・村			
(マンション・アパート名, 室番号:)						
医 療 保 険	被 保 険 者 氏 名		患 者 と の 続 柄			
	保 険 種 別		協会健保 ・ 船員 ・ 組合 ・ 共済 ・ 国保(一般・退職・組合) ・ 後期高齢者			
	被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号					
	保 険 者 番 号					
	被 保 険 者 証 発 行 機 関		名 称			
		所 在 地				
保 険 機 関 (受 診 医 療 機 関)	名 称			所 在 地		
	名 称			所 在 地		
	名 称			所 在 地		
認定の有効期間(1年)の開始日		月の初日		認定の有効期間の開始日は、「申請書の受理日の属する月の初日」から「診断書が作成された日の属する月の翌々翌月」までのいずれかの月の初日のうち、申請者が指定した月の初日となります。		
インターフェロン治療の効果・副作用等について説明を受け、治療を受けることに同意しましたので、肝炎インターフェロン治療受給者証の発行を申請します。						
				申請者氏名	印	
年 月 日						
宮城県知事		殿				

世 帯 調 書

世帯構成員名	患者との続柄	満年齢	職業	市町村民税(所得割) 課税年額	備考
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
		歳		円	
合計				円	

(市町村民税課税額合算対象除外希望者に係る記載欄)

下記の者については、患者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、患者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上又は医療保険上の扶養関係にある者ではないため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

申請者氏名 _____ 印

記

除外を希望する世帯構成員	フリガナ氏名	フリガナ氏名
	フリガナ氏名	フリガナ氏名
	フリガナ氏名	フリガナ氏名

(参考)

階 層 区 分		自己負担限度額(月額)
A	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が65,000円未満の場合	10,000円
B	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が65,000円以上235,000円未満の場合	30,000円
C	世帯の市町村民税(所得割)課税年額が235,000円以上の場合	50,000円

(注1) 保険医療機関(受診医療機関)は県と肝炎治療特別促進事業に係る委託契約を締結している保険医療機関に限ります。また、記載された保険医療機関以外では公費助成は受けられません。

(注2) 以下の書類を添付してください。

- 1 肝炎インターフェロン治療受給者証の交付申請に係る診断書(様式第2号)
- 2 加入している医療保険の被保険者証等の写し
- 3 患者及び患者と同一の世帯に属するすべての者について記載のある住民票の写し
- 4 患者及び患者と同一の世帯に属する者の市町村民税(所得割)課税年額を証明する書類
- 5 患者及びその配偶者を医療保険各法(国民健康保険法を除く。)の規定による被扶養者(以下単に「被扶養者」という。)若しくは地方税法第292条第1項第8号に規定する扶養親族(以下単に「扶養親族」という。)としない者で、かつ、患者若しくはその配偶者の被扶養者若しくは扶養親族でないもの又は国民健康保険法の規定による被保険者(以下「患者等と扶養の関係にない者」という。)がいるときは、これを証明する書類(受給者の認定において、患者等と扶養の関係にない者の市町村民税(所得割)課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。)

様式第八号を様式第十号とする。

様式第七号中「対象保健医療機関又は保健薬局」を「対象保険医療機関又は保険薬局」に、

「保健医療機関又は保健薬局」を「保険医療機関又は保険薬局」に改め、

同様式を様式第九号とする。

様式第六号を様式第八号とする。

様式第五号中「第6条」を「第6条第1項」に、「政府管掌」を「協会健保」に、「保健医療機関」を「保険医療機関」に改め、「1〜3の事項に変更がある場合にのみ記載してください。」を削ぎ、同様式を様式第六号とし、同様式の次に次の様式を加える。

様式第7号(第6条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者証月額自己負担限度額変更申請書

年 月 日

宮城県知事

殿

(〒 -)

申請者住所

申請者氏名

印

受給者との続柄(受給者の

)

肝炎治療に係る医療費用交付規則第6条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

受 給 者	受 給 者 番 号								
	フリガナ 氏 名							性 別	男 ・ 女
		生年月日							年 月 日 (満 才)
住 所	(〒 -)		(電話 - -)						
	宮城県 市・郡		区・町・村						
	(マンション・アパート名、室番号:)								

変 更 を 希 望 す る 事 由

該当する事由の番号に○を付けてください。ただし、1の場合には、併せて必要事項を記入してください。

1 世帯の市町村民税課税年額の合算対象からの除外によるもの

下記の者については、受給者本人との関係において配偶者に該当せず、かつ、受給者及びその配偶者との関係において相互に地方税法上又は医療保険上の扶養関係にある者ではないため、所得階層区分認定の際の市町村民税額の合算対象から除外することを希望します。

記

除 外 を 希 望 す る 世 帯 構 成 員	フリガナ 氏 名		フリガナ 氏 名	
	フリガナ 氏 名		フリガナ 氏 名	
	フリガナ 氏 名		フリガナ 氏 名	

2 課税額の変更によるもの

摘 要	
-----	--

様式第四号を様式第五号とし、様式第三号の次に次の二様式を加える。

様式第4号(その1)(第3条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者有効期間延長申請書(延長投与用)		年 月 日
宮城県知事	殿	(〒 -) 申請者住所 申請者氏名 印 受給者との続柄(受給者の)
肝炎治療に係る医療費用交付規則第3条第2項の規定により、下記のとおり申請します。		
受 給 者	受 給 者 番 号	
	現 行 効 期 の 間	年 月 日から 年 月 日まで
	フ リ ガ ナ 氏 名	性 別 男 ・ 女 生年月日 (満 年 月 日生 才)
	住 所	(〒 -) (電話 - -) 宮城県 市・郡 区・町・村 (マンション・アパート名, 室番号 :)
インターフェロン投与期間を、48週を超えて最大72週まで延長することについて、治療の効果、副作用等に関し、医師から十分説明を受け、同意しましたので、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。		
		申請者氏名 印
年 月 日		
宮城県知事	殿	

- 注 1 延長期間は、現行の有効期間に引き続く6箇月を限度とします。
- 2 裏面の医師記載欄は、診断書作成指定医療機関の医師による記入が必要です。
- 3 記入漏れ等がある場合には、認定されないことがありますので、ご注意ください。

医 師 記 載 欄

以下の確認事項及び必要事項をすべて確認・記入の上、署名・捺印してください。

受給者 _____ (フリガナ _____) について、「C型慢性肝炎セログループ1 かつ高ウイルス量症例へのペグインターフェロン及びリバビリン併用療法における投与期間延長(72週間投与)の基準である、投与開始12週後にHCV-RNA量が前値の1/100以下に低下するが、HCV-RNAが陽性(Real time PCR)で、36週までに陰性化した症例に該当する。」と認められるので、48週プラス24週(トータル72週間)の投与期間延長が必要であると判断する。

(確認事項)

該当する場合、 _____ にチェックを入れ、下線部分を記入してください。
有効期間延長の認定には、下記すべての _____ にチェックが入っていることが必要です。

申請者の診断名は、「慢性肝炎(C型肝炎ウイルスによる。)」である。

申請者の治療前ウイルス型及びウイルス量については、セログループ1 かつ高ウイルス量症例である。

申請者は、ペグインターフェロン及びリバビリン併用療法の標準的治療(48週間)を開始し、本申請時、当該治療を継続的に実施中である。

なお、現在治療開始後 _____ 週目で継続中である。(一時休薬期間は除く。)

申請者の治療経過について、下記の項目を満たす症例と判断されること。

投与開始後、継続的に治療を続け、

- 1 投与12週後は、HCV-RNAが陽性のままであり、かつ、HCV-RNA量が前値の1/100以下に低下

(前値)検査日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
HCV-RNA量 _____ (単位: _____, 測定法: _____)
(投与12週後)検査日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
HCV-RNA量 _____ (単位: _____, 測定法: _____)

- 2 投与36週までにHCV-RNAが陰性化(一時休薬期間は除く。)

(陰性化の時期)検査日:平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
投与 _____ 週後

申請者の変更後の治療は、標準的治療期間である48週間に連続して24週間を延長するもので、治療開始から最大で72週間である。

変更後の治療予定期間(開始:平成 _____ 年 _____ 月 ~ 終了:平成 _____ 年 _____ 月予定)

(注) ペグインターフェロン製剤添付文書 (使用上の注意)の重要な基本的注意 において、「本剤を48週を超えて投与した場合の安全性・有効性は確立していない。」とする記載がある旨、十分留意してください。

記載年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名及び所在地

医師氏名

印

様式第4号(その2)(第3条関係)

肝炎インターフェロン治療受給者有効期間延長申請書(治療休止期間用)

年 月 日

宮城県知事 殿

(〒 -)

申請者住所
申請者氏名 印
受給者との続柄(受給者の)

肝炎治療に係る医療費用交付規則第3条第2項の規定により、下記のとおり申請します。

受 給 者	受 給 者 番 号						
	現 行 効 期 の 間	年 月 日から			年 月 日まで		
	フリガナ名					性 別	男 ・ 女
	住 所	(〒 -) 宮城県 市・郡		(電話 - -) 区・町・村			
		(マンション・アパート名, 室番号:)					

インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長を申請します。

申請者氏名 印

年 月 日

宮城県知事 殿

医 師 記 載 欄

以下の必要事項を記入の上、署名・捺印してください。

受給者 _____ (フリガナ _____) について、インターフェロン投与期間において、副作用等の要因により、当初の治療予定期間を超える(計2箇月までの延長)可能性があるため、肝炎インターフェロン治療受給者証の有効期間延長が必要であると判断する。

記載年月日 平成 年 月 日

医療機関名及び所在地

医師氏名 印

- 注 1 延長期間は、現行の有効期間に引き続く2箇月を限度とします。
 2 医師記載欄は、治療実施医療機関の医師による記入が必要です。
 3 副作用等の要因については、医師等に確認させていただくことがあります。
 4 記入漏れ等がある場合には、認定されないことがありますので、ご注意ください。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成二十一年四月一日から施行する。
(経過措置)

2 この規則の施行の際現に受給者の認定を受けている者であつて当該受給者の認定の有効期間が平成二十一年四月一日から同年六月三十日までの間に満了するものに係る改正後の肝炎治療に係る医療費用交付規則(以下「新規則」という。)第三条第三項に規定する申請書その他の書類の提出期限は、同項の規定にかかわらず、同日とする。

3 平成二十一年四月二日から同年六月三十日までの間において、この規則の施行の際現に受給者の認定を受けている者又は同年四月一日前に受給者証の認定の申請をした者で同日以後に当該申請に係る受給者の認定を受けたものに係る新規則第六条第三項に規定する申請書その他の書類が提出された場合(月額自己負担限度額の変更において、受給者等と扶養の関係のない者の市町村民税(所得割)課税年額を合算しないことを希望する場合に限る。)には、当該書類は、同日に提出されたものとみなす。

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。

平成二十一年三月三十一日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第四十八号

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(昭和五十九年宮城県規則第二十五号)の一部を次のように改正する。

第五条の二の見出しを「(児童自立生活援助事業又は小規模住居型児童養育事業の開始の届出等)」に改め、同条第一項中「障害児相談支援事業等開始届(様式第五号の二)」を「児童自立生活援助事業・小規模住居型児童養育事業開始届(様式第五号の五)」に改め、同条第二項中「障害児相談支援事業等変更届(様式第五号の三)」を「児童自立生活援助事業・小規模住居型児童養育事業変更届(様式第五号の六)」に改め、同条第三項中「障害児相談支援事業等廃止・休止届(様式第五号の四)」を「児童自立生活援助事業・小規模住居型児童養育事業廃止(休止)届(様式第五号の七)」に改め、同条を第五条の四とし、同条の次に次の一条を加える。

(一時預かり事業の開始の届出等)

第五条の五 法第三十四条の十一第一項の規定による届出は、一時預かり事業開始届(様式第五号の八)によつて行つたものとす。

2 法第三十四条の十一第一項の規定による届出は、一時預かり事業変更届(様式第五号の九)によつて行つたものとす。

3 法第三十四条の十一第三項の規定による届出は、一時預かり事業廃止・休止届(様式第五号の十)によつて行つたものとする。
第五条の次に次の二条を加える。

(同居の届出等)

第五条の二 法第三十条第一項の規定による届出は、同居届(様式第五号の二)によつて行つたものとす。

2 法第三十条第二項の規定による届出は、同居をやめた旨の届出(様式第五号の三)によつて行つたものとす。

(児童自立生活援助の実施の申込み)

第五条の三 法第三十二条の六第一項の規定による児童自立生活援助の実施の申込みは、児童自立生活援助実施申込書(様式第五号の四)によつて行つたものとす。

第九条中「第七号の二」を「第七号の三」に改め、

第九条中「生活保護法」を「(昭和25年法律第144号)及び「(昭和25年法律第144号)を(含む)」とす。

国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)

による支給給付受給世帯」を「(「30,000円以下」を「15,000円以下」に改め、

円」を「45,001円から 40,000円」に改め、

円」を「140,001円から 280,000円」に改め、

円」を「183,001円から 403,000円」に改め、

円」を「800,001円から 1,160,000円」に改め、

円」を「1,650,001円から 1,632,000円」に改め、

円」を「2,303,000円」に改め、

円」を「3,000,001円から 3,960,000円」に改め、

円」を「4,173,001円から 5,334,000円」に改め、

円」を「6,674,001円」に改め、

円」を「6,270,001円」に改め、

円」を「6,674,001円」に改め、

円」を「6,270,001円」に改め、

円」を「6,674,001円」に改め、

円」を「6,270,001円」に改め、

円」を「6,674,001円」に改め、

円」を「6,270,001円」に改め、

円」を「6,674,001円」に改め、

円」を「6,270,001円」に改め、

等割の額から順次控除して得た額を所得割の額又は均等割の額とする。

2 この表のD 1階層からD14階層までにおける「所得税の額」とは、所得税法（昭和40年法律第33号）、租税特別措置法（昭和32年法律第26号）及び災害被害者に対する租税の減免、徴収猶予等に関する法律（昭和22年法律第175号）の規定によつて計算された所得税の額をいう。ただし、所得税の額を計算する場合には、次の規定は適用しないものとする。

- (1) 所得税法第92条第1項及び第95条第1項から第3項までの規定
- (2) 租税特別措置法第41条第1項から第3項まで、第41条の2、第41条の19の2第1項及び第41条の19の3第1項の規定
- (3) 租税特別措置法の一部を改正する法律（平成10年法律第23号）附則第12条の規定

3 この表の「児童入所施設」とは、児童養護施設、児童自立支援施設、情緒障害児短期治療施設、乳児院、助産施設及び里親をいい、「障害児施設」とは、知的障害児施設、自閉症児施設、盲児施設、ろうあ児施設、肢体不自由児施設入所部、肢体不自由児を入所させる指定医療機関、肢体不自由児療護施設及び重症心身障害児施設をいう。

4 障害児施設において、入所者の年齢が20歳以上の場合は、この表にかかわらず、(1)当分の間、徴収金基準額（D14階層を除く。）に2分の1を乗じて得た額（100円未満切捨て）を徴収金基準額とし、(2)B階層に属する世帯の徴収金基準額は0円とする。

5 児童の属する世帯の階層がB階層と認定された世帯であつても次に掲げる世帯である場合には、この表の規定にかかわらず、当該階層の徴収金基準額は0円とする。

- (1) 単身世帯（扶養義務者のいない世帯をいう。）
- (2) 母子世帯等（母子及び寡婦福祉法（昭和39年法律第129号）第17条に規定する配偶者のない者で現に児童を扶養しているものの世帯をいう。）
- (3) 在宅障害児（者）（社会福祉施設に措置された児童（者）、児童福祉法第24条の2の規定により障害児施設を利用する児童、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第6条の自立支援給付の受給者（障害者自立支援法第5条第5項、第6項及び第13項から第15項までのサービュスに限る。）又は障害者自立支援法附則第22条の特定旧法受給者を除く。）のいる世帯（次のイからニまでに掲げる児（者）を有する世帯をいう。）

イ 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に定める身体障害者手帳の交付を受けた者
ロ 療育手帳制度要綱（昭和48年9月27日厚生省発児第156号）に定める療育手帳の交付を受けた者

ハ 特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）に定める特別児童扶養手当の支給対象児又は国民年金法（昭和34年法律第141号）に定める国民年金の障害基礎年金手

当等の受給者

二 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条に定める精神障害者保健福祉手帳の交付を受けた者

(4) その他の世帯（保護者の申請に基づき、生活保護法に定める要保護者等特に困窮していると児童福祉法第56条の規定による都道府県又は市町村の長が認めた世帯をいう。）

6 同一世帯から2人以上の措置児童等がこの表の施設に入所し、又は通所している場合には、その月の徴収金基準額の最も多額な措置児童等以外の措置児童等については、その施設のこの表の徴収金基準額（4の適用後の徴収金基準額を含む。）に0.1を乗じて得た額をもつてその措置児童等の徴収金基準額とする。ただし、平成18年10月1日以降において、児童入所施設、母子生活支援施設、児童自立支援施設通所部及び情緒障害児短期治療施設通所部に入所し、又は通所している措置児童等の属する世帯（以下「措置児童等の属する世帯」という。）の扶養義務者が児童福祉法第24条の2の障害児施設給付費を支給されている場合又は措置児童等の属する世帯の児童が障害者自立支援法第5条第7項の児童サービスを利用している場合には、当該措置児童等の属する世帯に係る徴収金基準額については、「児童入所施設に係る徴収金基準額 + 児童入所施設に係る徴収金基準額 × 0.1 ×（当該世帯における施設入所児童の人数 - 1）」を当該措置児童等の属する世帯に係る限（当該措置児童等の属する世帯における施設入所児童のうち、徴収金基準額が全額徴収又は日割りであること若しくは児童自立支援施設通所部、情緒障害児短期治療施設通所部、知的障害児通園施設、難聴幼児通園施設及び肢体不自由児施設通園部の徴収金基準額である場合は、当該措置児童等の属する世帯における施設入所児童の徴収金基準額の合算額を当該措置児童等の属する世帯の上限額とする。

なお、児童福祉法第24条の2に定める障害児施設に入所している児童等に係る徴収金基準額は、障害者自立支援法附則第1条第2号に定める日前の児童福祉法に基づく「障害児施設措置費（給付費等）国庫負担金について（平成20年2月29日厚生労働省発障第0229001号厚生労働事務次官通知）」の徴収金基準額とする。）とし、その額がその月の利用者負担額（児童福祉法第24条の7に規定する食事の提供に要した費用及び居住に要した費用並びに児童福祉法第24条の20に規定する障害児施設医療に要した費用に係る利用者負担を含む利用者負担の上限額（実際に利用者負担として支払った額が上限額を下回る場合は当該支払った額とする。）をいう。以下同じ。）を上回る場合は、その額と障害児施設の利用者負担額との差額を児童入所施設、母子生活支援施設、児童自立支援施設通所部又は情緒障害児短期治療施設通所部に係る徴収金基準額とし、障害児施設の利用者負担額が当該措置児童等の属する世帯の上限額を上回る場合は、児童入所施設に係る徴収金基準額は0円とする。

<p>7 里親に委託されている児童及び母子生活支援施設に入所している児童が、児童自立支援施設又は情緒障害児短期治療施設へ通所する場合における通所に係る費用は、次の算式により日額を徴収する。 算式 徴収金基準額 ÷ その月の開所日数 × その月の通所した日数 (注) 10円未満の端数は、切り捨てる。また、「開所日数」とは、日曜日及び国民の祝日に開する法律（昭和23年法律第178号）第3条に規定する休日を除いた日数をいう。</p> <p>8 助産施設における助産の実施については、次のとおりとする。</p> <p>(1) 児童福祉法第22条に規定する助産の実施は、その妊産婦が次のいずれかに該当するときに行わないものとする。</p> <p>イ その妊産婦の属する世帯の階層区分がD階層であるとき。ただし、真にやむを得ない特別の理由があるときは、D階層のうち所得税の額が8,400円までの場合であっても差し支えない。</p> <p>ロ その妊産婦の属する世帯の階層区分がA階層及びB階層である場合を除いて、その妊産婦が社会保険の被保険者、組合員又は被扶養者であつて、その社会保険において出産育児一時金等出産に關して受けることができる給付（以下「出産一時金」という。）の額が350,000円以上であるとき。</p> <p>(2) 入所妊産婦に係るこの表の適用については、その出産一時金の額に、B階層にあつては20%を、C階層にあつては30%を、D階層のうち所得税の額が8,400円までの場合にあつては50%を、それぞれ乗じて得た額をこの表の徴収金基準額に加えるものとする。</p> <p>なお、この表の徴収金基準額は、その入所した日から退所した日までの期間に係る徴収金基準額とみなす。</p> <p>京畿圏（中、「を含む。」）圏内「及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支給給付受給者」等 畿内圏（中、「政府管掌」等）等 北陸圏（中、「第5条の2関係」等）等 北陸圏（中、「障害児相談支援事業等廃止・休止」等）等 小規模住居型児童養育事業 自立生活援助事業（小規模住居型児童養育事業）を「」等 回帰支援事業（中）等</p>	<p>様式第5号の8（第5条の5関係）</p> <p>一時預かり事業開始届</p> <p>宮城県知事 殿</p> <p>住所 氏名 （法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名）</p> <p>印</p> <p>年 月 日</p> <p>一時預かり事業を開始したいので、児童福祉法第34条の11第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。</p> <p>記</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 事業の種類及び内容 2 経営者の氏名及び住所（法人にあつては、名称及び主たる事務所の所在地） 3 条例、定款その他の基本約款 4 職員の定数及び職務の内容 5 主な職員の氏名及び経歴 6 事業を行おうとする区域（市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称も記載すること。） 7 事業の用に供する施設の名称、種類、所在地及び利用定員 8 建物その他設備の規模及び構造並びにその図面 9 事業開始の予定年月日 <p>（添付書類）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 収支予算書 2 事業計画書
--	---

<p>様式第 5 号の 9 (第 5 条の 5 関係)</p> <p>一時預かり事業変更届</p> <p>宮城県知事 殿</p> <p>住所 氏名 印 (法人にあつては、主たる事務所の所在地、 名称及び代表者の氏名)</p> <p>年 月 日</p> <p>一時預かり事業について、 年 月 日付けで届出をした事項に変更があつたので、児童福祉法第34条の11第2項の規定により、下記のとおり届け出ます。</p> <p>記</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 変更事項 2 変更事項の変更前後の比較 変更前 変更後 3 変更の理由 4 変更年月日 	<p>様式第 5 号の 10 (第 5 条の 5 関係)</p> <p>一時預かり事業廃止・休止届</p> <p>宮城県知事 殿</p> <p>住所 氏名 印 (法人にあつては、主たる事務所の所在地、 名称及び代表者の氏名)</p> <p>年 月 日</p> <p>年 月 日付けの届出によつて開始した一時預かり事業を廃止したので、児童福祉法第34条の11第3項の規定により、下記のとおり届け出ます。</p> <p>記</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 廃止し、又は休止しようとする年月日(休止しようとする場合にあつては、休止の予定期間も記載すること。) 2 廃止又は休止の理由 3 現に便宜を受けている乳幼児に対する措置
---	--

<p> 様は郷田町の(第5条の2関係)や(第5条の4関係)、「児童相談支援事業等変更届」や「児童自立生活援助事業変更届」、「障害児相談支援事業等に」や「児童自立生活援助事業(小規模住居型児童養育事業)」や「児童相談支援事業等開始届」 様は郷田町の(第5条の2関係)や(第5条の4関係)、「児童相談支援事業等開始届」 や「児童自立生活援助事業開始届」や「障害児相談支援事業等を」や「児童自立生活援助事業(小規模住居型児童養育事業)」や「児童相談支援事業等を」や「児童自立生活援助事業(小規模住居型児童養育事業)を」や「事業の運営の方針」や「運営規程」 「7 事業を行うとする区域(市町村の委託を受けて事業を行うとする者)にあつては、当該市町村の名称も記載すること。」 8 児童自立生活援助事業を行うとする者にあつては、当該事業の用に供する施設の名称、種類、所在地及び入所定員 9 事業開始の予定年月日 「7 当該事業の用に供する施設の名称、種類及び所在地 8 事業開始の予定年月日 様は郷田町の次の三様を加え。 </p>	
---	--

様式第5号の2 (第5条の2関係)

同 居 届

年 月 日

宮城県 保健福祉事務所長 殿

氏名 印

下記のとおり児童を同居させたので、児童福祉法第30条第1項の規定により届け出ます。

記

児童を同居させた者の欄	氏 名			男・女	歳	職 業		
	住 所				家業があれば その具体的内容			
	同居している親族	氏 名	年 齢	続 柄	氏 名	年 齢	続 柄	
上記以外の同居人 (児童を除く。)				氏 名	年 齢	性 別	関 係	
同居させた児童の欄	氏 名			男・女	歳	同居させた者との 間柄		
	本 籍 地							
	同居前の住							
	同居の目的	1 養育 2 雇用	同居の理由					
	就学の状況	学校名：		転校等就学の状況：				
	親権を行う者 又は未成年後見人 の氏			男・女	歳	職 業		
	親権を行う者 又は未成年後見人 と児童との関係			住 所				
同居を始めた年 月 日	年 月 日	児童を同居させるに 至つた動機						
同居の 予定期間	有 (年 月 日まで) 無	衣 食 費 負 担	1 親権を行う者又は未成年後見人が全部負担 2 親権を行う者又は未成年後見人及び児童を同居させた者がそれぞれ負担 3 児童を同居させた者が全部負担 4 児童が全部負担					
同居を仲介した者の有無	有 無	氏名	男・女	歳	職 業			
		住所						
児童を働かせている場合	1 場所 2 仕事の内容 3 賃金							
その他の参考事項								

- 備考 1 「同居の目的」、「衣食費負担」及び「児童を働かせている場合」の欄は、該当する番号を○で囲むこと。
2 「同居の予定期間」及び「同居を仲介した者の有無」の欄は、有無のいずれかを○で囲むこと。有の場合には、同居の予定期間又は同居を仲介した者の氏名等を記入すること。

様式第5号の3 (第5条の2関係)

同居をやめた旨の届出

年 月 日

宮城県 保健福祉事務所長 殿

氏名 印

下記のとおり同居をやめたので、児童福祉法第30条第2項の規定により届け出ます。
記

児童を同居させた者の欄	氏名		
	住所		
同居させた児童の欄	氏名		性別
	年齢		
児童福祉法第30条第1項の規定により同居を届け出た年月日			
同居をやめた年月日			
同居をやめた理由			

様式第5号の4 (第5条の3関係)

児童自立生活援助実施申込書

○児童自立生活援助の実施を希望する義務教育修了児童等

居住地				(電話番号)	
ふりがな	-----		生年月日	年	月 日
氏名		年齢	年	満	歳
入居を希望する住居の名称	職業の状況	名称	就業先の名称		
		所在地	(電話番号)		
児童自立生活援助の実施を希望する理由					

注意 「居住地」の欄は、住民票の住所にかかわらず、現に居住している所を記入すること。
○義務教育修了児童等の家庭の状況

区分	ふりがな	氏名	児童等の続柄	生年月日	性別	職務(勤務先)	備考
世帯全員							
社会保険等の加入状況	保険の種類:		国	保	その他()		
課税状況	被保険者名:		続柄()	生活保護受給	有	無	
	市町村民税非課税		市町村民税均等割	市町村民税所得割	所得税課税		

宮城県 児童相談所長 殿

氏名 印

年 月 日

児童自立生活援助の実施を希望するので、児童福祉法第33条の6第1項の規定により、児童福祉法施行規則第36条の26第3項に規定する書類を添えて申し込みます。

児童自立生活援助事業を行う者の名称 (施設長の印)	印
担当者 (部署)	(電話番号)

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成二十一年四月一日から施行する。ただし、第五条の二を第五条の四とする改正規定、第五条の次に二条を加える改正規定（第五条の二に係る部分に限る。）、別表第一、別表第一及び様式第三号の二の改正規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の児童福祉法施行細則の規定による諸様式で取扱い上著しく支障のないものについては、当分の間、改正後の児童福祉法施行細則の規定によるものとみなす。