



宮城県知事 村 井 嘉 浩  
○宮城県規則第四号  
身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

身体障害者福祉法施行細則（平成五年宮城県規則第四十四号）の一部を次のように改正する。

第十五条の見出しを「（身体障害者生活訓練等事業等開始届等）」に改め、同条第一項中「様式第十四号」を「様式第十六号」に改め、同条第二項中「様式第十五号」を「様式第十七号」に改め、同条第三項中「様式第十六号」を「様式第十八号」に改め、同条を第十七条とする。

第十四条中「様式第十三号」を「様式第十五号」に改め、同条を第十六条とする。

第十三条の見出しを「（身体障害者手帳再交付申請書）」に改め、同条第一項中「様式第十一号」を「様式第十二号」に改め、同条第二項を削り、同条を第十四条とし、同条の次に次の一条を加える。  
（身体障害者手帳返還届等）

第十五条 法第十六条第一項並びに省令第七条第二項及び第八条第二項の規定による身体障害者手帳の返還は、様式第十三号の身体障害者手帳返還届によるものとする。

2 政令第十二条第二項の規定による通知は、様式第十四号の身体障害者死亡通知書によるものとする。

第十二条の見出しを「（身体障害者手帳居住地・氏名変更届等）」に改め、同条第一項中「様式第九号」を「様式第十号」に改め、同条第二項中「様式第十号」を「様式第十一号」に改め、同条を第十三条とする。

第十一条の見出しを「（却下決定通知書）」に改め、同条中「様式第八号」を「様式第九号」に改め、同条を第十二条とする。

第十条の次に次の一条を加える。

（身体障害者手帳交付・記載事項変更通知書）

第十一条 政令第八条第二項及び第十一条の規定による保健所長への通知は、様式第八号の身体障害者手帳交付・記載事項変更通知書によるものとする。

様式第七号（その一表）を次のように改める。

様式第七号（第10条関係）

（その一表）

身体障害者診断書（障害用）

総括表

氏名	年 月 日	男・女
住所		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となった疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災・疾病・先天性・その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生日	年 月 日（頃）	場所
④ 参考となる経過・現症（エックヌ線写真及び検査所見を含む。）		

障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日

⑤ 総合所見（個別の所見欄用紙を用いた時は、重複部分の記載を省略して差し支えありません。）  
（将来再認定（約 年後）要・不要）

⑥ その他参考となる合併症状

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

年 月 日	病院又は診療所の名称	所在地	診療担当科名	科	意 見 書	医師氏名
						④

身体障害者福祉法第15条第3項の意見（障害程度の等級についても参考意見を記入）障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に 該当する（ 級相当） 該当しない

- 注意
- 1 障害名には現在起こっている障害、例えば、両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には角膜炎、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。
  - 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。
  - 3 障害区分及び等級の決定のため、県から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。

様式第七号(その八)中「シ臨床所見」や「シその他」に改め、同様式(その八)

中「6月」を「6か月」に、「1月～3月」を「1か月～3か月」に改め、同様式(その十表)中「織

維 化」を「織 維 化」に改め、同様式(その十一)中「先天性疾患に起因する障害」を

「先天性疾患に起因する神経障害」に改め、同様式(その十二表)を次のように改める。

(その12表)

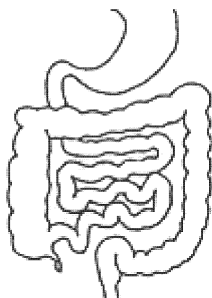
年 月 日

小腸の機能障害の状況及び所見

氏名：

身長 cm 体重 kg 体重減少率 %  
(観察期間 )

(参考図示)



切除部位

病変部位

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見	切除小腸の部位		長さ	cm
	残存小腸の部位		長さ	cm
手術施行医療機関名				

(できれば手術記録の写しを添付する。)

(2) 小腸造影所見 (1)が不明のとき、小腸造態の写しを添付する。)

推定残存小腸の長さその他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲その他の参考となる所見

(注) 1及び2が併存する場合は、その旨を併記すること。

3 栄養維持の方法 (該当項目に○をする。)

① 中心静脈栄養法

・ 開始日	年 月 日	赤血球数	/ mm <sup>3</sup>
・ カテーテル留置部位		血清総たんぱく濃度	g / dl
・ 装具の種類		血清総コレステロール濃度	mg / dl
・ 最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)		血清ナトリウム濃度	mEq / l
・ 療法の連続性 (持続的・ <sup>けつ</sup> 間歇的)		血清クロール濃度	mEq / l
・ 熱量 (1日当たり Kcal)		血清カルシウム濃度	mEq / l

② 経腸栄養法

・ 開始日	年 月 日	血色素量	g / dl
・ カテーテル留置部位		血清アルブミン濃度	g / dl
・ 最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)		中性脂肪	mg / dl
・ 療法の連続性 (持続的・ <sup>けつ</sup> 間歇的)		血清カリウム濃度	mEq / l
・ 熱量 (1日当たり Kcal)		血清マグネシウム濃度	mEq / l

③ 経口摂取

・ 摂取の状態	(普通食・軟食・流動食・ <sup>き</sup> 低残渣食)
・ 摂取量	(普通量・中等量・少量)

4 便の性状

下痢・軟便・正常  
排便回数 (1日 回)

記入上の留意点は、裏面の(注)を参照すること。

様式第七号(その十二裏)中「6月」を「6か月」に改め、同様式に次のように加える。

(その15表)

肝臓の機能障害の状況及び所見

1 肝臓機能障害の重症度

氏名:

	検査日(第1回)		検査日(第2回)	
	年	月 日	年	月 日
肝 性 脳 症	状 態	点 数	状 態	点 数
腹 水	なし・ 軽度・ 中程度以上 概ね	0	なし・ 軽度・ 中程度以上 概ね	0
血清アルブミン値	g/dl		g/dl	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dl		mg/dl	

合計点数	点	点
3点項目の有無 (血清アルブミン値・プロトロンビン時間又は血清総ビリルビン値)	有 ・ 無	有 ・ 無

注1 90日以上180日以内の期間において実施した連続する2回の診断・検査結果を記入すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

	1点	2点	3点
肝 性 脳 症	なし	軽度(又は) 軽度	昏睡(以上)
腹 水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5 g/dl超	2.8~3.5 g/dl	2.8 g/dl未満
プロトロンビン時間	70%超	40~70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0 mg/dl未満	2.0~3.0 mg/dl	3.0 mg/dl超

注3 肝性脳症の昏睡度分類は、1981年に開催された大山シノンプログラムにおいて示されたところによる。

注4 腹水は、原則として超音波検査、体重の増減及び穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね1.0以上を軽度、3.0以上を中程度以上とする。ただし、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なるものを軽度、薬剤によってコントロールできないものを中程度以上とする。

2 障害の変動に関する因子

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルブミンを摂取していない	○ ・ x	○ ・ x
改善の可能性がある積極的治療を実施	○ ・ x	○ ・ x

3 肝臓移植

肝臓移植の実施	有 ・ 無	実施年月日	年	月	日
抗免疫療法の実施	有 ・ 無				

注5 肝臓移植を行った者であって、抗免疫療法を実施している者は、1、2及び4の記載を省略することができる。

(その15裏)

4 補完的な肝機能診断，症状に影響する病歴及び日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値5.0mg/dl以上	有・無
	検査日	年 月 日
	血中アミノニア濃度150μg/dl以上	有・無
	検査日	年 月 日
	血小板数50,000/mm <sup>3</sup> 以下	有・無
	検査日	年 月 日
	原発性肝がん治療の既往	有・無
	確定診断日	年 月 日
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往	有・無
	確定診断日	年 月 日
症状に影響する病歴	胃食道静脈瘤治療の既往	有・無
	確定診断日	年 月 日
	現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染	有・無
日常生活活動の制限	最終確認日	年 月 日
	1日1時間以上の安静臥床を必要とする程度の強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある	有・無
日常生活活動の制限	1日に2回以上の嘔吐又は30分以上の吐き気が月に7日以上ある	有・無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある	有・無

該 当 回 数	回
補完的な肝機能診断又は症状に影響する病歴の有無	有・無

様式第八号を次のように改める。

様式第8号(第11条関係)

第 号

年 月 日

身体障害者手帳交付・記載事項変更通知書

保健所長 殿

福祉事務所長 印  
町 村 長 印

下記のとおり身体障害者手帳を記載事項が変更されたので、身体障害者福祉法施行令(昭和25年政令第78号)第8条第2項第11条の規定により通知します。

記

児童氏名 現 旧 年 月 日生

居住地 現 旧 年 月 日生

保護者氏名 現 旧 年 月 日生  
続柄

居住地 現 旧

身体障害者手帳交付年月日  
(変更届受理年月日) 年 月 日  
身体障害者手帳番号  
障害名及び等級 種 級

様式第十六号中「様式第16号(第15条関係)」を「様式第16号(第17条関係)」に改め、同様式を様式第十八号とす。  
様式第十五号中「様式第15号(第15条関係)」を「様式第15号(第17条関係)」に改め、同様式を様式十七号とす。  
様式第十四号中「様式第14号(第15条関係)」を「様式第14号(第17条関係)」に改め、同様式を様式十六号とす。  
様式第十三号中「様式第13号(第14条関係)」を「様式第13号(第16条関係)」に改め、同様式を様式十五号とす。  
様式第十二号中「様式第12号(第13条関係)」を「様式第12号(第15条関係)」に改め、同様式を様式十三号とす。同様の次に次の一様式を加える。

様式第14号 (第15条関係)

第 号  
年 月 日

身体障害者死亡通知書

宮城県知事 殿

福祉事務所長 印  
町 村 長 印

下記の者について、 年 月 日をもってその死亡が確認されたので通知します。

記

氏 名

居 住 地

生年月日 年 月 日

手帳番号	交付年月日
障害名	死亡年月日

備考 当該身体障害者の死亡を確認できる書類を添付すること。

様式第11号中「様式第11号(第13条関係)」を「様式第11号(第14条関係)」に改め、同様を様式第11号中「様式第11号(第13条関係)」に改め、同様を様式第11号中「様式第10号(第12条関係)」を「様式第10号(第13条関係)」に改め、同様を様式第11号中「様式第9号(第12条関係)」を「様式第9号(第13条関係)」に改め、同様を様式第10号とし、様式第八号の次に次の一様式を加える。



様式第9号(第12条関係)

宮城県( )指令第 号

却下決定通知書

住所  
氏名

年 月 日付けで申請のありました身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)による身体障害者手帳の交付については、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

年 月 日

宮城県知事

印

記

(却下の理由)

(教示)

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、宮城県知事に対して異議申立てをすることができます。
- 2 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内(この処分についての異議申立てを行った場合には、異議申立ての決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内)に、宮城県を被告として仙台地方裁判所にこの処分についての取消しの訴えを提起することができます。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成二十二年二月一日から施行する。

(経過措置)

2 改正前の身体障害者福祉法施行細則の規定による様式で取扱上著しく支障のないものについては、当分の間、改正後の身体障害者福祉法施行細則の規定によるものとみなす。