奈良県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十二年三月三十一日

奈良県知事 荒井正吾

奈良県規則第三十二号

奈良県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則

奈良県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（昭和四十五年三月奈良県規則第七十七号）の一部を次のように改正する。

第七条第二項中「及び」の下に「加入等申込書（第一号様式）に記載されている心身障害者を年金受給権者とした」を加える。

第一号様式中

加入等申込者		ふりがな氏名
住所	生年月日	-----
	年 月 日	

加入等申込者		ふりがな氏名
住所	生年月日	-----
	年 月 日	

奈良県から受領した「重要事項のご説明」の内容を
また、この共済制度が加入目的に合致していること

性別	心身障害者との続柄	局番
男		
女		

電話番号	局番

確認印

確認し、同意しました。

も確認しています。

(印)

男 女	心身障害 者との続 柄	
日		
	電 話	回 番

「※ 本共済制度において
「添付書類」を
「添付書類」

ては、心身障害者を事後的に変更できないものとしてします。に改める。」

第二号様式を次のように改める。

第2号様式（第4条関係）

生保記入欄	
自治体コード	加入番号

申込者(被保険者)告知書

(心身障害者扶養共済制度)

県記載欄		
①	②	③
一口目加入	二口目加入	1と2の同時加入

「重要事項のご説明」の内容(個人情報の取扱いを含む。)を確認し、及び承知し、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。

奈良県知事 殿

告知日(記入日)	年 月 日	*告知書有効期限は、加入希望月の2箇月以内																		
申込(加入)に当たって	申込者は、以下の事項について心身障害者に対して説明し、この制度に加入することの同意を得ました。 申込者が死亡し、又は重度障害になった場合は、心身障害者に対して「年金給付保険金」が支払われること。 心身障害者が死亡した場合は、申込者に対して「弔慰金」が支払われること。	(印) 心身障害者の同意を得た後に押印してください。																		
フリガナ		性別	生 年 月 日																	
申込者氏名	(姓) (名)	(印) ① 男 ③ 昭和 ② 女 ④ 平成	年 月 日																	
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 ② 女 ③ 昭和 ④ 平成	年 月 日																	
障害の種類・程度	① 身体障害 ① 1級 ② 2級 ③ 3級 ② 知的障害 ① A ② B ③ 精神障害 ① 1級 ② 2級 ④ その他 ① その他	申込者の心身障害者との続柄 ① 配偶者 ② 父母 ③ 兄弟姉妹 ④ その他親族	申込者が配偶者又は父母以外の場合はその理由																	
申込者の告知(心身障害者に係る告知ではありません。)																				
最近の健康状態	1 最近3箇月以内に、医師の診察、検査、治療又は投薬を受けたことがありますか。また、その結果、検査、治療、入院又は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、病気又はけがで手術を受けたこと又は継続して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、治療又は投薬を受けたことがありますか。 ある場合は、右の(はい)及び下記病名を○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																	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>心臓・血圧</td> <td>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(※1)</td> </tr> <tr> <td>脳・精神・神経</td> <td>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</td> </tr> <tr> <td>肺・気管支</td> <td>ぜんそく・慢性気管支炎・肺結核</td> </tr> <tr> <td>腎・泌尿器</td> <td>腎炎・ネフローゼ・腎不全</td> </tr> <tr> <td>食道・胃腸・すい臓</td> <td>胃かいよう・十二指腸かいよう・かいよう性大腸炎・すい炎</td> </tr> <tr> <td>眼・耳・鼻</td> <td>緑内障・網膜の病気・角膜の病気</td> </tr> <tr> <td>肝臓・胆のう</td> <td>肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・肝硬変・肝機能障害</td> </tr> <tr> <td>がん・しゅよう</td> <td>がん・肉腫・白血病・しゅよう・ポリープ</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>糖尿病(※2)・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症</td> </tr> </table>	心臓・血圧	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(※1)	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・角膜の病気	肝臓・胆のう	肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・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・ポリープ	その他	糖尿病(※2)・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症	はい
心臓・血圧	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(※1)																			
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・角膜の病気																			
肝臓・胆のう	肝炎(肝炎ウイルス感染を含む)・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・ポリープ																			
その他	糖尿病(※2)・リウマチ・こうげん病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣のう腫・乳腺症																			
4 過去5年以内に、上記3以外の病気又はけがで2週間以上にわたり、医師の診察、検査、治療又は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																		
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。	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3">機能障害</td> <td>目・耳・言語・そしゃく</td> <td rowspan="3">障害の原因、部位、程度等</td> <td>発症時期</td> </tr> <tr> <td>手・足・手指・背骨(脊柱)</td> <td>障害の原因</td> </tr> <tr> <td>欠損</td> <td>障害の部位</td> </tr> <tr> <td>変形</td> <td>手・足・手指・背骨(脊柱)</td> <td>障害の程度</td> </tr> </table>	機能障害	目・耳・言語・そしゃく	障害の原因、部位、程度等	発症時期	手・足・手指・背骨(脊柱)	障害の原因	欠損	障害の部位	変形	手・足・手指・背骨(脊柱)	障害の程度	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		発症時期															
	手・足・手指・背骨(脊柱)				障害の原因															
	欠損	障害の部位																		
変形	手・足・手指・背骨(脊柱)	障害の程度																		
〔詳細記入欄〕																				
上記1から4までに(はい)があった場合は、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(※1)」又は「糖尿病(※2)」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																		
病気又はけがの名称、検査名及び検査結果																				
診察、検査、治療又は投薬を受けた期間	年 月 から 年 月	年 月 から 年 月																		
入院の有無及び期間	(無・有) (年 月 から 年 月)	(無・有) (年 月 から 年 月)																		
手術の有無(手術の名称、内容又は部位)	(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、治療又は投薬を受けた医療機関名																				
(※1)[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		(※2)[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()																		
生保記入欄																				

第七号様式(表)を次のように改める。

第7号様式（第4条関係）

（表）

加入番号		
奈良県心身障害者扶養共済制度 加 入 証 書		
加入者 氏 名		
あなたは、奈良県心身障害者扶養共済制度条例（昭和45年3月奈良県条例第42号）に 基づき 〃 〃 〃 の扶養者として奈良県心身障害者扶養共済制度に加入して いることを証します。		
年 月 日		
奈良県知事 印		
加入者	ふりがな 氏 名	-----
	生年月日	年 月 日
心身障害者	ふりがな 氏 名	-----
	生年月日	年 月 日
加入日 (加入等の効力発生の日)		年 月 1 日
掛金払込期間		年 月 日 ~ 年 月 日

第七号様式裏)4中「その月」を「その月の分」に改め、同様式裏)10の次に次のように加える。

(4) 掛金が納められなくなったとき。

第七号様式裏)11中「奈良県福祉部障害福祉課」を「奈良県健康福祉部障害福祉課」に改め、同様式裏)中11を12とし、10の次に次のように加える。

11 その他この制度の内容については、「心身障害者扶養共済制度（重要事項のご説明）」をご確認ください。

第七号様式(二表)を次のように改める。

第七号様式の二(裏)⑧中「その月」を「その月の分」に改め、同様式(裏)⑦中「65歳」を「65歳以上」とし、「加入月」を「加入日の年単位」に改め、同様式(裏)⑨の次に次のように加える。

10 次の場合には、速やかに、届け出てください。

- (1) 加入者、心身障害者、年金管理者が氏名又は住所を変更したとき。
- (2) 心身障害者、年金管理者が死亡したとき。
- (3) 年金管理者を指定したとき、指定した年金管理者を変更したとき、年金管理者の指定を取り消したとき。
- (4) 掛金が納められなくなったとき。
- 11 その他この制度の内容については、「心身障害者扶養共済制度（重要事項のご説明）」をご確認ください。
- 12 この制度について不明の点は、福祉事務所、町村役場又は奈良県健康福祉障害福祉課へ問い合わせてください。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成二十二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この規則による改正前の奈良県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（以下「改正前の規則」という。）の規定により現に提出されている申込書及び告知書は、この規則による改正後の奈良県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（以下「改正後の規則」という。）の規定により提出されたものとみなす。
- 3 この規則の施行の際改正前の規則の規定により交付されている証書で現に効力を有するものは、改正後の規則の規定により交付されたものとみなす。