

第7 参考資料



一 身体障害者福祉法施行細則

〔平成5年3月26日〕抄
規則第11号

(趣旨)

第1条 この規則は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）の実施のため、身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号。「政令」という。）及び身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(同意書)

第7条 政令第3条1項に規定による医師の同意は、同意書（第4号様式）によるものとする。

(標示)

第8条 法第15条第2項の規定により知事の指定をうけた医師（以下「指定医」という。）は、標示（第5号様式）をその見易い場所に提示しなければならない。

(医師の診断書等)

第9条 省令第2条第1項第1号に規定する医師の診断書及び同項第2号に規定する意見書は、第6号様式によるものとする。

二 社会福祉審議会

(社会福祉法施行令より)

〔昭和33.6.27〕抄
政令185

(審査部会)

第3条 地方社会福祉審議会は、身体障害者の障害程度の審査に関する調査審議のため、身体障害者福祉専門分科会に審査部会を設けるものとする。

2 審査部会に属するべき委員及び臨時委員は、身体障害者福祉専門分科会に属する医師たる委員及び臨時委員のうちから、委員長が指名する。

3 地方社会福祉審議会は、身体障害者の障害程度に関して諮問を受けたときは、審査部会の決議をもって地方社会福祉審議会の決議とすることができる。

三 身体障害者福祉法施行令

〔昭和25.4.5〕抄
政令78

(医師の指定等)

第3条 都道府県知事が法第15条第1項の規定により医師を指定しようとするときは、その医師の同意を得なければならない。

2 法第15条第1項の指定を受けた医師は、60日の予告期間を設けて、その指定を辞退することができる。

3 法第15条第1項の指定を受けた医師について、その職務を行わせることが不適當であると認

められる事由が生じたときは、都道府県知事は、社会福祉法第7条第1項に規定する地方社会福祉審議会（以下「地方社会福祉審議会」という。）の意見を聴いて、その指定を取消することができる。

（障害の認定）

第5条 都道府県知事は、法第15条第1項の申請があった場合において、その障害が法別表に掲げるものに該当しないと認めるには、地方社会福祉審議会に諮問しなければならない。

2 都道府県知事は、前項の規定により地方社会福祉審議会が調査審議を行い、なおその障害が法別表に掲げるものに該当するか否かについて疑いがあるときは、厚生労働大臣に対し、その認定を求めなければならない。

3 厚生労働大臣は、前項の規定による認定を求められたときは、これを疾病・障害認定審議会に諮問するものとする。

四 身体障害者福祉法施行規則

〔昭和25.4.6
厚令15〕抄

（身体障害者手帳の申請）

第2条 法第15条第1項の規定による身体障害者手帳の交付の申請は、申請書に、次に掲げる書類を添えて行うものとする。

- 1 法第15条第1項に規定する医師の診断書
- 2 法第15条第3項に規定する意見書
- 3 身体に障害のある者の写真

（身体障害者手帳の再交付）

第7条 身体障害者手帳の交付を受けたときに比較してその障害程度に重大な変化が生じ、又は身体障害者手帳の交付を受けた時に有していた障害に加えてそれ以外の障害で法別表各項のいずれかに該当するものを有するに至った者に係る身体障害者手帳の再交付の申請は、第2条の規定を準用する。

2 前項に規定する者は、令第10条第1項の規定により身体障害者手帳の再交付を受けたときは、先に交付を受けた身体障害者手帳を都道府県知事に返還しなければならない。

五 身体障害者福祉法第15条第1項の指定医師に関する届出関係様式

1. 指定に関するもの

1. 指定申請書 (様式1)
2. 履 歴 書 (様式2)
3. 同 意 書 (身体障害者福祉法施行規則第4号様式)

2. 指定内容 変更に関するもの (様式3)

1. 氏 名
2. 医療機関の名称
3. " の所在地
4. 診療科目

3. 指定の辞退死亡届けに関するもの

1. 辞 退 届 (様式4)
- 死 亡

※ この様式は一応の基準を定めたものである。

医師指定申請書

平成 年 月 日

沖縄県知事 殿

医師住所
氏 名

印

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師
指定申請について

このことについて、次の書類を添付して申請します。

- 1 同 意 書
- 2 履 歴 書
- 3 医師免許証（写）

第4号様式

同意書

医師氏名	
医療機関名及び所在地名	
担当科名	

法第15条第1項に指定する医師として指定されることを同意する。

平成 年 月 日

医療機関
開設者氏名

印

医師氏名

印

様式 2

履 歴 書				
学 位		<small>ふりがな</small> 氏 名	㊟	生年月日
本 籍				
現住所				
年月日	主たる研究歴・業績・学会加入等			
年月日	学 歴 職 歴 等			

- (注) 1. 最終学歴、実施修練、医師免許取得、学位取得、勤務先等を年次順に記載すること。
 2. 勤務先における身分(例 院長、部長、医長、医員)を明確に記載すること。
 3. 診療科目を明記すること。

指 定 内 容 変 更 届

平成 年 月 日

沖 縄 県 知 事 殿

診療科目
指定医師名

印

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の指定内容が、下記のとおり変更になったのでお届けします。

記

	変 更 前	変 更 後
医 師 名		
診療に従事する 医療機関名		
所 在 地		
変 更 年 月 日	平成 年 月 日	
変 更 理 由		

注1 氏名変更の場合は戸籍抄本又は住民票抄本を添付してください。

2 診療に従事する医療機関を変更した場合は変更後の医療機関の設置者の同意書を添付してください。

辞 退 届
死 亡

平成 年 月 日

沖縄県知事 殿

指定医師名 印

身体障害者福祉法第15条第1項の規定による医師の指定について、下記のとおりお届けします。

記

医師氏名	
診療科目	
診療に従事する 医療機関名及び 所在地	
辞退理由	

注1 死亡の場合は医療機関の代表者、または指定医の家族が死亡事実を証明する書類を添付して届け出てください。