



愛媛県報

発行 愛媛県

平成22年3月5日金曜日 第2146号

◇ 目 次 ◇ 規 則

愛媛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..... 163

告 示

大規模小売店舗を設置している者の変更の届出の概要等..... 167
土砂災害警戒区域及び土砂災害特別警戒区域の指定（3件）..... 167
土砂災害警戒区域の指定（2件）..... 171
新たな土地改良事業の施行の認可..... 172
瀬戸内海環境保全特別措置法第5条による特定施設の設置の許可

申請の概要（2件）..... 172
瀬戸内海環境保全特別措置法第8条による特定施設の構造等の変更の許可申請の概要..... 180
開発行為に関する工事の完了（2件）..... 181
兼用工作物の管理の方法について（2件）..... 182

公安委員会規則

銃砲刀剣類所持等取締法施行細則の一部を改正する規則..... 184

雑 報

公示送達..... 185

規 則

○愛媛県規則第3号

愛媛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次のように定める。

平成22年3月5日

愛媛県知事 加 戸 守 行

愛媛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

第1条 愛媛県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（昭和45年愛媛県規則第38号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

| 改 正 後 | 改 正 前 | | | | | | |
|--|-------|------------------|--|---|---|----|------------------|
| <p>（加入等の申込み）</p> <p>第3条 この制度に加入しようとする者は、加入等申込書（様式第1号）に次の各号に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>(1) 省略</p> <p>(2) <u>申込者（被保険者）告知書（様式第2号）</u></p> <p>(3)・(4) 省略</p> <p>2 加入者が口数追加の申込みをしようとするときは、加入等申込書に<u>申込者（被保険者）告知書</u>を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>3 省略</p> <p>様式第1号（第3条関係） 加入等申込書</p> <table border="1"> <tr><td>省略</td></tr> <tr><td>他制度からの転入者の記載欄 省略</td></tr> <tr> <td> <p>愛媛県心身障害者扶養共済制度の重要事項の内容を確認し、当該重要事項を記載した書類を受領しました。</p> <p>また、この制度が加入目的に合致していることも、確認しています。</p> </td> <td>㊟</td> </tr> </table> <p>この制度においては、心身障害者を事後的に変更できないものとします。</p> <p>添付書類 1 加入を申し込む場合</p> <p>(1) 省略</p> | 省略 | 他制度からの転入者の記載欄 省略 | <p>愛媛県心身障害者扶養共済制度の重要事項の内容を確認し、当該重要事項を記載した書類を受領しました。</p> <p>また、この制度が加入目的に合致していることも、確認しています。</p> | ㊟ | <p>（加入等の申込み）</p> <p>第3条 この制度に加入しようとする者は、加入等申込書（様式第1号）に次の各号に掲げる書類を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>(1) 省略</p> <p>(2) <u>申込者告知書</u>（様式第2号）</p> <p>(3)・(4) 省略</p> <p>2 加入者が口数追加の申込みをしようとするときは、加入等申込書に<u>申込者告知書</u>を添えて知事に提出しなければならない。</p> <p>3 省略</p> <p>様式第1号（第3条関係） 加入等申込書</p> <table border="1"> <tr><td>省略</td></tr> <tr><td>他制度からの転入者の記載欄 省略</td></tr> </table> <p>添付書類 1 加入を申し込む場合</p> <p>(1) 省略</p> | 省略 | 他制度からの転入者の記載欄 省略 |
| 省略 | | | | | | | |
| 他制度からの転入者の記載欄 省略 | | | | | | | |
| <p>愛媛県心身障害者扶養共済制度の重要事項の内容を確認し、当該重要事項を記載した書類を受領しました。</p> <p>また、この制度が加入目的に合致していることも、確認しています。</p> | ㊟ | | | | | | |
| 省略 | | | | | | | |
| 他制度からの転入者の記載欄 省略 | | | | | | | |

(2) 申込者（被保険者）告知書（様式第2号）

(3)・(4) 省略

2 口数追加のみを申し込む場合

(1) 申込者（被保険者）告知書

注 省略

様式第3号（第3条関係） 障害証明書

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------|---|
| 省略 | | | |
| 障 害 の 状 況 | 省略 | | |
| | ④ 2 身 体 障 害 | ア 障 害の 種類 | 視覚、聴覚、平衡機能、音声機能、言語機能、そしやく機能、肢体不自由、心臓機能、じん臓機能、呼吸器機能、ぼうこう機能、直腸機能、小腸機能、ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能、肝臓機能 |
| | | イ 省 略 | |
| | 省略 | | |
| 省略 | | | |

添付書類 省略

注 省略

様式第6号（第4条、第9条、様式第19号関係） 愛媛県心身障害者扶養共済制度加入証書

（表面）

| | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 省略 | |
| あなたは、愛媛県心身障害者扶養共済制度に加入していることを証明します。 | |
| 年 月 日 | |
| 愛媛県知事 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 日 |
| 掛金払込期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |

（裏面）

1・2 省略

3 加入者が死亡し、又は重度障害となつたときは、その月の分
から心身障害者の生存中毎月所定の年金を支給します。

4～8 省略

9 その他この制度の内容については、お申込みの際に御確認い
ただいた愛媛県心身障害者扶養共済制度の重要事項を記載した
書類を御確認ください。

10 省略

様式第6号の2（第4条、第9条、様式第19号関係） 愛媛県心身障害者扶養共済制度口数追加証書

（表面）

(2) 申込者告知書

(3)・(4) 省略

2 口数追加のみを申し込む場合

(1) 申込者告知書

注 省略

様式第3号（第3条関係） 障害証明書

| | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------|--|
| 省略 | | | |
| 障 害 の 状 況 | 省略 | | |
| | ④ 2 身 体 障 害 | ア 障 害の 種類 | 視覚、聴覚、平衡機能、音声、言語又はそしやく機能、肢体不自由、心臓機能、呼吸器機能、じん臓機能、その他 () |
| | | イ 省 略 | |
| | 省略 | | |
| 省略 | | | |

添付書類 省略

注 省略

様式第6号（第4条、第9条、様式第19号関係） 愛媛県心身障害者扶養共済制度加入証書

（表面）

| | |
|--|--|
| 省略 | |
| あなたは、の扶養者として愛媛県心身障害者扶養共済制度に加入していることを証明します。 | |
| 年 月 日 | |
| 愛媛県知事 印 | |

（裏面）

1・2 省略

3 加入者が死亡し、又は重度障害となつたときは、その月
から心身障害者の生存中毎月所定の年金を支給します。

4～8 省略

9 省略

様式第6号の2（第4条、第9条、様式第19号関係） 愛媛県心身障害者扶養共済制度口数追加証書

（表面）

様式第2号(第3条、様式第1号関係) 申込者(被保険者)告知書

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)

都道府県・指定都市記載欄
1 2 3
1口目加入 2口目加入 1と2の同時加入

愛媛県知事 様

・愛媛県心身障害者扶養共済制度の重要事項の内容(個人情報の取扱いを含む。)を確認・承知し、愛媛県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上、署名・押印しました。
・次の事項は、事実に相違ありません。

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
申込み(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「弔慰金給付保険金」が支払われること。
フリガナ
申込者氏名 (姓) (名) 性別 生年月日
① 男 ① 昭和
② 女 ② 平成

心身障害者の同意を得た後に押印してください。

心身障害者氏名 (姓) (名) 性別 生年月日
① 男 ① 明治 ② 大正
② 女 ③ 昭和 ④ 平成
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、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・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・手術を勧められたことがありますか。
②過去5年以内に、病気や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。
③過去5年以内に、次の病気で医師の診察・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。
ある場合は、右の(はい)及び次の病名を○で囲んだ上、下記【詳細記入欄】に記入してください。
心臓・血圧 狭心症・心筋梗塞・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・脳梗塞・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 胃潰瘍・十二指腸潰瘍・潰瘍性大腸炎・すい炎
眼・耳・鼻 緑内障・網膜の病気・角膜炎の病気
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・腫瘍 がん・肉腫・白血病・腫瘍・ポリープ
その他 糖尿病(※2)・リウマチ・膠原病・貧血症・紫斑病・子宮筋腫・子宮内膜症・卵巣の腫・乳腺症
④過去5年以内に、上記③以外の病気やけがで2週間以上にわたり、医師の診断・検査・治療・投薬を受けたことがありますか。
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○で囲んだ上、「障害の原因・部位・程度等」欄に詳細を記入してください。
機能障害 目・耳・言語・咀嚼
欠損 手・足・手指・背骨(脊柱)
変形 手・足・手指・背骨(脊柱)
発症時期
障害の原因
障害の部位
障害の程度

【詳細記入欄】
上記①～④に(はい)があつた場合は、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)」・「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
病気やけがの名前・検査名・検査結果
診察・検査・治療・投薬を受けた期間
入院の有無・期間
手術の有無(手術の名前又は内容・部位)
症状経過
入院・手術・診察・検査・治療・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