

○利府町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則

平成16年9月14日

規則第14号

改正 平成17年6月21日規則第31号

平成18年7月25日規則第25号

平成21年1月28日規則第4号

平成24年9月28日規則第26号

平成27年12月25日規則第28号

平成28年3月31日規則第8号

平成29年3月31日規則第6号

(趣旨)

第1条 この規則は、利府町心身障害者医療費の助成に関する条例（平成16年利府町条例第14号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(所得の範囲及び所得の額の計算方法)

第2条 条例第3条第2項第1号から第3号までに規定する所得は、地方税法（昭和25年法律第226号）第4条第2項第1号に掲げる道府県民税についての同法その他道府県民税に関する法令の規定による非課税所得以外の所得とする。

2 前項に規定する所得の額は、条例第5条第1項の規則で定める受給資格登録申請書又は同条第3項の規則で定める更新登録申請書の提出があった月の属する年度分（4月から9月までの間に同条第1項の規定による受給資格登録申請書の提出があった場合は、その提出があった月の属する年度の前年度分とする。以下同じ。）の道府県民税に係る地方税法第32条第1項に規定する総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額、同法附則第33条の3第1項に規定する土地等に係る事業所得等の金額、同法附則第34条第1項に規定する長期譲渡所得の金額、同法附則第35条第1項に規定する短期譲渡所得の金額並びに同法附則第35条の4第1項に規定する先物取引に係る課税雑所得等の金額の合計額から8万円を控除した額とする。

3 次の各号に該当する者は、当該各号に掲げる額を前項の規定によって計算した額からそれぞれ控除するものとする。

(1) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法第34条第1項第1号、第2号、第4号又は第10号の2に規定する控除を受けた者 当該雑損控除額、医療費控除額、小規模企業共済等掛金控除額又は配偶者特別控除額に相当する額

(2) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法第34条第1項第6号に規定する控除を受けた者 その控除の対象となった障害者1人につき27万円（当該障害者が同号に規定する特別障害者であるときは、40万円）

(3) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法第34条第1項第8号に規定する控除を受けた者 27万円（当該控除を受けた者が同条第3項に規定する寡婦であるときは、35万円）

(4) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法第34条第1項第9号に規定する控除を受けた者 27万円

(5) 前項に規定する道府県民税につき、地方税法附則第6条第1項に規定する免除を受けた者 当該免除に係る所得の額

4 前3項の規定は、条例第3条第2項第4号及び第5号に規定する所得に関して準用する。この場合において、第2項中「合計額から8万円を控除した額」とあるのは「合計額（配偶者又は扶養義務者の所得にあつては、その合計額から8万円を控除した額）」と、第3項第1号中「又は第10号の2に規定する控除を受けた者 当該雑損控除額、医療費控除額、小規模企業共済等掛金控除額又は配偶者特別控除額」とあるのは「若しくは第10号の2に規定する控除を受けた者又は同項第3号に規定する控除を受けた助成対象者 当該雑損控除額、医療費控除額、小規模企業共済等掛金控除額若しくは配偶者特別控除額又は社会保険料控除額」と、同項第2号中「障害者1人につき」とあるのは「障害者1人につき（当該助成対象者を除く。）」と読み替えるものとする。

（平18規則25・平21規則4・一部改正）

（基準額）

第3条 条例第3条第2項各号の規則で定める額は、次の各号に定める額とする。

- (1) 条例第3条第2項第1号に規定する保護者に、扶養親族等がないときは459万6,000円とし、扶養親族等があるときは459万6,000円に当該扶養親族等1人につき38万円（当該扶養親族等が所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する老人控除対象配偶者又は老人扶養親族であるときは、当該老人控除対象配偶者又は老人扶養親族1人につき48万円、特定扶養親族等（同法に規定する特定扶養親族又は控除対象扶養親族（16歳以上19歳未満の者に限る。）をいう。以下同じ。）であるときは、当該特定扶養親族等1人につき63万円）を加算した額とする。
- (2) 条例第3条第2項第2号、第3号及び第5号に規定する配偶者又は扶養義務者に、扶養親族等がないときは628万7,000千円とし、扶養親族等があるときは当該扶養親族等の数に応じて、それぞれ次の表に定めるとおりとする。

扶養親族等の数	金額
1人	653万6,000円
2人以上	653万6,000円に扶養親族等のうち1人を除いた扶養親族等1人につき21万3,000円を加算した額（所得税法に規定する老人扶養親族があるときは、その額に老人扶養親族1人につき（当該老人扶養親族のほかに扶養親族等がないときは、当該老人扶養親族のうち1人を除いた老人扶養親族1人につき）6万円を加算した額）

- (3) 条例第3条第2項第4号に規定する心身障害者に、扶養親族等がないときは360万4,000円とし、扶養親族等があるときは360万4,000円に当該扶養親族等1人につき38万円（当該扶養親族等が所得税法に規定する老人控除対象配偶者又は老人扶養であるときは、当該老人控除対象配偶者又は老人扶養親族1人につき48万円、特定扶養親族等であるときは、当該特定扶養親族等1人につき63万円）を加算した額とする。

（平24規則26・一部改正）

(社会保険各法)

第4条 条例第4条第1項の規則で定める社会保険各法は、次に掲げるものとする。

- (1) 健康保険法 (大正11年法律第70号)
- (2) 船員保険法 (昭和14年法律第73号)
- (3) 私立学校教職員共済法 (昭和28年法律第245号)
- (4) 国家公務員共済組合法 (昭和33年法律第128号)
- (5) 地方公務員等共済組合法 (昭和37年法律第152号)

(医療費の助成)

第5条 条例第4条の規定による助成は、条例第5条第1項の登録の申請が行われた日の属する月の初日 (新たに条例第3条第1項に規定する対象者となった日から起算して30日以内に申請が行われた場合には、その対象者となった日) 以後の医療について行うものとする。

(平29規則6・追加)

(受給資格登録申請書等)

第6条 条例第5条第1項の規則で定める受給資格登録申請書及び同条第3項の規則で定める更新登録申請書は、様式第1号とする。ただし、町長は、更新の登録申請を行う者の同意を得た場合であって、町の保有する公簿等により町長が更新の登録申請に必要な事項を確認できるときは、更新登録申請書の提出を省略させることができる。

2 条例第5条第4項の規定による通知は、利府町心身障害者医療費助成認定通知書 (様式第2号) 又は利府町心身障害者医療費助成申請却下通知書 (様式第3号) により行うものとする。

(平29規則6・旧第5条繰下・一部改正)

(受給者証)

第7条 条例第6条第1項の受給者証は、様式第4号とする。

(平29規則6・旧第6条繰下)

(変更届)

第8条 条例第6条第2項の規定による届出は、心身障害者医療費受給資格内

容等変更届出書（様式第5号）に受給者証を添付して行うものとする。

（平29規則6・旧第7条線下）

（受給者証の返還）

第9条 条例第6条第3項の規則で定める返納届は、様式第6号とする。

（平29規則6・旧第8条線下）

（助成申請書）

第10条 条例第8条の規定による申請は、心身障害者医療費助成申請書（様式第7号）を医療機関等に提出して行うものとする。

（平29規則6・旧第9条線下）

（交付決定通知書）

第11条 条例第9条の規則で定める通知書は、様式第8号とする。

（平29規則6・旧第10条線下）

（受給者証の再交付）

第12条 受給者は、受給者証を破損又は亡失したことにより、受給者証の再交付を受けようとするときは、心身障害者医療費受給者証再交付申請書（様式第9号）により町長に申請するものとする。

（平29規則6・旧第11条線下）

附 則

（施行期日等）

1 この規則は、平成16年10月1日から施行し、同日以後の診療に係る医療費から適用する。

（登録等の特例）

2 第6条の規定に係る事務は、前項の規定にかかわらず、この規則の公布の日から行うことができるものとする。

（平29規則6・一部改正）

（経過措置）

3 廃止前の利府町乳幼児及び心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定による諸様式は、当分の間、この規則の規定によるものとみなす。

附 則（平成17年規則第31号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成 18 年規則第 25 号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 改正前の利府町心身障害者医療費の助成に関する施行規則様式第 1 号については、当分の間、改正後の利府町心身障害者医療費の助成に関する施行規則の様式第 1 号とみなす。

附 則（平成 21 年規則第 4 号）

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。

（経過措置）

2 改正前の利府町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則様式第 1 号については、当分の間、改正後の利府町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則様式第 1 号の様式とみなす。

附 則（平成 24 年規則第 26 号）

（施行期日）

1 この規則は、平成 24 年 10 月 1 日から施行する。

（経過措置）

2 改正後の利府町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定は、この規則の施行の日以後の診療に係る医療費から適用し、同日前の診療に係る医療費については、なお従前の例による。

附 則（平成 27 年規則第 28 号）

この規則は、平成 28 年 1 月 1 日から施行する。

附 則（平成 28 年規則第 8 号）

この規則は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 29 年規則第 6 号）

（施行期日）

1 この規則は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の利府町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則（以下「新規則」という。）の規定は、平成29年4月1日以後の診療に係る医療費から適用し、同日前の診療に係る医療費については、なお従前の例による。
- 3 改正前の利府町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則の規定による諸様式で著しく支障のないものについては、当分の間、新規則の規定によるものとみなす。

心身障害者医療費受給資格登録（更新）申請書				
利府町長 宛			年 月 日	
住 所 _____ 申請者（受給者）氏 名 _____ ⑤ 電話番号 _____（ ）				
次のとおり、心身障害者医療費受給資格の登録（更新）を申請します。				
申請者（受給者）		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父母以外の養育者		
保 護 者	フリガナ			生年月日 年 月 日
	氏 名			
	個人番号			心身障害者との続柄
心 身 障 害 者	フリガナ			生年月日 年 月 日
	氏 名			
	個人番号			障害について
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者（受給者）と同じ <input type="checkbox"/> 別居（住所： _____）		
この申請による心身障害者医療費助成金について、下記口座へ振込みされることを承諾します。				
振 込 先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 労働金庫		金融機関コード
		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		支店コード
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人				
健 康 保 険	保険者名称			
	記 号			番 号
	被保険者氏名 （世帯主）			附加給付 の 状 況

扶養義務者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号		心身障害者との続柄	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号		心身障害者との続柄	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号		心身障害者との続柄	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号		心身障害者との続柄	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
個人番号		心身障害者との続柄		

今回の登録申請及び以後の登録更新時において、利府町の保有する公募等により、所得状況等更新申請に必要な事項を調査することを承諾するとともに、自動更新を依頼します。

氏名 ㊞

注1 所得状況について、公簿等で確認できない場合は、所得証明書等の添付書類を求める場合があります。

注2 加入する健康保険において附加給付がある場合は、内容がわかる証明書を添付してください。医療費を助成後に附加給付等が判明した場合、その額は返還になります。

 担当課記入欄 (以下には記入しないでください。)

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()			
処 理 事 項 欄	有効開始日	年 月 日	事 由	<input type="checkbox"/> 手帳取得 (新規・変更) <input type="checkbox"/> 特児1級該当 <input type="checkbox"/> 転入
	受給資格適否	適 ・ 否	否 の 理 由	
	附 加 給 付	有 ・ 無	受給者番号	
	添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 通帳コピー <input type="checkbox"/> 健康保険証コピー <input type="checkbox"/> 平成 年度所得証明書 (本人・) <input type="checkbox"/> 附加給付証明 <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード等 (本人・)		

様式第2号(第6条関係)

第 号
年 月 日

あて

利府町長



利府町心身障害者医療費助成認定通知書

年 月 日付けで申請のありました利府町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則に基づく心身障害者医療費助成申請については、下記のとおり受給資格者として認定しましたので受給者証を送付します。

記

- 1 助成開始日
- 2 助成対象期限
- 3 受給者証の返還

年 月 日

年 月 日

助成対象である心身障害者が、他の市町村へ転出するなど、受給資格を喪失する場合は、速やかに受給者証を町長へ返納してください。

様式第3号(第6条関係)

第 号
年 月 日

宛

利府町長

印

利府町心身障害者医療費助成申請却下通知書

年 月 日付けで申請のありました利府町心身障害者医療費の助成に関する条例施行規則に基づく心身障害者医療費助成申請については、下記の理由により却下します。

記

(教示)

- 1 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、町長に審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)
- 2 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内(この決定についての審査請求を行った場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日から6月以内)に、利府町を被告として(訴訟において利府町を代表する者は利府町長となります。)仙台地方裁判所にこの決定についての取消しの訴えを提起することができます(なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの決定についての取消しの訴えを提起することができなくなります。)

様式第4号(第7条関係)

(表)

心身障害者医療費受給者証			
受給者証番号			
受給者	住所		
	氏名		男・女
心身障害者	氏名		男・女
	生年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日から	年 月 日まで	
町長名及び印	利府町長 印		
交付年月日	年 月 日		

注 意 事 項

- 1 この証は、あなたが医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。
- 2 この証は、保険診療にのみ適用されますので診療を受けるときは、被保険者証といっしょに医療機関等の窓口に表示してください。
- 3 次のことがあったときは、必ず届け出てください。
 - (1) 氏名に変更があったとき。
 - (2) 住所を変更したとき。
 - (3) 加入保険に変更があったとき。
- 4 この証を破損したり、なくしたりしたときは、再交付の手続きをしてください。
- 5 受給の資格がなくなったときは、速やかに返納してください。

心身障害者医療費受給資格内容等変更届出書

年 月 日

利府町長 宛

住 所 _____

届出人 氏 名 _____ ㊟

心身障害者との続柄 _____

電話番号 () _____

下記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届け出ます。

受給者番号			
受給者	フリガナ		生年月日 年 月 日
	氏 名		
心身障害者	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と異なる（下記に記載すること）		
	フリガナ		生年月日 年 月 日
	氏 名		

変更年月日	年 月 日		
変更内容	変更が生じた方	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 心身障害者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者	
	事 由	<input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 障害等級 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 振込先 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他 ()	
住 所	旧		
	新		
氏 名	旧		
	新		
障害等級	旧	身障手帳 () 級・療育手帳 () ・特児 () 級	
	新	身障手帳 () 級・療育手帳 () ・特児 () 級	
健康保険	保険者名称		
	記 号	番 号	
	被保険者氏名 (世帯主)	附加給付 の 状 況	有 (別紙証明書添付) ・ 無

振 込 先	金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 労働金庫		金融機関コード	
		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店		支店コード	
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号	左詰めで記入	
	フリガナ 口座名義人				

扶 養 義 務 者	増 ・ 減	フリガナ		生年月日	年 月 日	
		氏 名				
	増 ・ 減	個人番号		心身障害者との続柄		
		フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	増 ・ 減	個人番号		心身障害者との続柄		
		フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	増 ・ 減	個人番号		心身障害者との続柄		
		フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名					
	増 ・ 減	個人番号		心身障害者との続柄		
フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏 名						
増 ・ 減	個人番号		心身障害者との続柄			
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏 名						
備 考						

注1 届出人が受給者と別世帯の場合は、委任状が必要です。

注2 加入する健康保険において附加給付がある場合は、内容がわかる証明書を添付してください。医療費を助成後に附加給付等が判明した場合、その額は返還になります。

 担当課記入欄（以下は記入しないでください。）

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ ）
添付書類	<input type="checkbox"/> 印鑑 <input type="checkbox"/> 通帳コピー <input type="checkbox"/> 健康保険証コピー <input type="checkbox"/> 附加給付証明 <input type="checkbox"/> 平成 年度所得証明書（本人・ ） <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード等（本人・ ）

様式第6号（第9条関係）

心身障害者医療費受給者証返納届出書

年 月 日

利府町長 宛

住 所 _____

届出人 氏 名 _____ ㊞

心身障害者との続柄 _____

電話番号 () _____

下記の心身障害者医療費受給者証を返納します。

受給者番号			
受給者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名		
心身障害者	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と異なる（下記に記載）		
	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名		

返納理由	<input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 障害等級等の変更 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他 ()		
転出	転出先		
	転出予定日	年 月 日	
生活保護受給	開始年月日	年 月 日	
障害について	身体・療育・特児	等級等の変更日	年 月 日
死亡	死亡日	年 月 日	
	変更振込先金融機関名	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合	金融機関コード
		<input type="checkbox"/> 農業協同組合 <input type="checkbox"/> 労働金庫	支店コード
	口座種別	普通 ・ 当座	口座番号
フリガナ 口座名義人			

注1 生活保護が廃止されたときは、新規に心身障害者医療受給資格登録申請が必要になります。

注2 資格喪失日以降に受給者証を利用した場合は、助成金を返還していただきます。

注3 届出人が受給者と別世帯の場合は、委任状が必要です。

担当課記入欄（以下は記入しないでください。）

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他 ()
処理事項欄	<input type="checkbox"/> 返信用封筒 <input type="checkbox"/> 有効期間訂正 (年 月 日まで)
必要書類	死亡：相続人の通帳 等級の変更：障害者手帳等、特別児童扶養手当証書

様式第7号(第10条関係)

心身障害者医療費助成申請書													
					年	月	日						
利府町長 宛					住所 _____								
					受給者 氏名 _____ (印)								
_____年 _____月分の心身障害者医療費の助成を下記のとおり申請します。													
記													
心身障害者医療費 受給者証番号					心身障害者氏名等			氏名					
								生年 月日	年	月	日	性別	男・女
被保険者証号 記号・番号		記号 番号				保 険 者 名			国保 ・ 後期 ・ 社保等				

*医療機関記入欄

外来入院等の 区分		1 外来	2 入院 (日数 日)		3 訪問看護		4 薬剤		5 柔整		
診 療 点 数 等 及 び 医 療 機 関 名 等	療養の 給付等 (薬剤等含む)	診療点数				点	公費負担等について 無・有⇒ 公費番号 <input style="width: 50px;" type="text"/> ※特定疾病の場合は「99」と記入 有の場合、①から③を記入してください。 ①公費適用分診療点数 <input style="width: 100px;" type="text"/> 点 ②公費適用分自己負担額 <input style="width: 100px;" type="text"/> 円 ③合計自己負担額(公費適用・公費外合算額) <input style="width: 100px;" type="text"/> 円				
	※保険対象分 のみ	窓口での 自己負担額				円					
		5 柔整(接骨、鍼、灸、マッサージ)									
	訪問看護 療養費分 ※保険対象分 のみ	保険診療の 費用額				円					
		窓口での 自己負担額				円					
		回数				回					
医療機関等	総費用				円						
	基本利用料				円						
医療機関等	機関のコード番号(10桁) <input style="width: 100px;" type="text"/> 医療機関所在地 _____ 氏名・名称 _____ (印) 電話番号 _____										
●以下に該当する場合は、記入してください。											
① 薬剤に関する申請の場合は、処方箋交付医療機関名称と医療機関毎の点数を記入してください。											
医療機関 名称							点	点	点		
② 高額療養費に該当する場合に記入してください。											
70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ・ 限度額認定証確認無し										
70歳以上	自己負担割合 (3割・2割・1割) 低II ・ 低I ・限度額認定証確認無し										

様式第8号(第11条関係)

年 月 日

あて

利府町長

印

心身障害者医療費交付決定通知書

さきに助成申請のありました心身障害者医療費については、審査の結果、下記のとおり助成することに決定しましたので通知します。

記

- 1 診 療 月 年 月 診療分
- 2 助 成 金 額 円
- 3 振 込 年 月 日 年 月 日

心身障害者医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

利府町長 宛

住 所 _____

申請者 氏 名 _____ ㊞

心身障害者との続柄 _____

電話番号 _____

亡 失

心身障害者医療費受給者証を _____ したので再交付を申請します。

破 損

受給者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所			

心身障害者	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と異なる（下記に記載すること）			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			

注1 申請者が受給者と別世帯の場合は、委任状が必要です。

注2 本人確認欄は記載しないでください。

本人確認欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
-------	--

様式第1号（第6条関係）

（平29規則6・全改）

様式第2号（第6条関係）

（平17規則31・一部改正）

様式第3号（第6条関係）

（平28規則8・全改）

様式第4号（第7条関係）

（平21規則4・一部改正）

様式第5号（第8条関係）

（平29規則6・全改）

様式第6号（第9条関係）

（平29規則6・全改）

様式第7号（第10条関係）

（平29規則6・全改）

様式第8号（第11条関係）

（平21規則4・全改）

様式第9号（第12条関係）

（平29規則6・全改）