



県紋章



つる舞う形の群馬県/上毛かるた

平成30年9月28日(金) 第9638号

目次

ページ

規則

- 群馬県行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律施行条例施行規則の一部を改正する規則(情報政策課) 2
- 群馬県生活保護法施行細則の一部を改正する規則(健康福祉課) 2
- 群馬県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則(障害政策課) 2
- 群馬県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則(同) 23

告示

- 平成30年度及び平成31年度において県が発注する物件の製造契約及び物件の購入契約並びにその他の契約の一般競争入札又は指名競争入札に参加する者に必要な資格等の告示の一部改正(会計課) 31

公告

- 特定非営利活動法人の設立の認証の申請(県民生活課) 31
- 所在不分明通知(森林保全課) 31

■規則

群馬県行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律施行条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成三十年九月二十八日

群馬県知事 大澤 正明

群馬県規則第五十七号

群馬県行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律施行条例施行規則の一部を改正する規則

群馬県行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律施行条例施行規則(平成二十七年群馬県規則第六十六号)の一部を次のように改正する。第二条第四項中第七号を第九号とし、第六号を第八号とし、第五号を第六号とし、同号の次に次の一号を加える。

七 生活保護法第五十五条の五第一項の規定に準じて行う生活に困窮する外国人に對する進学準備給付金の支給の申請の受理、その申請に係る事実についての審査又はその申請に対する応答に関する事務

第二条第四項第四号の次に次の一号を加える。  
五 生活保護法第二十九条第一項の規定に準じて行う生活に困窮する外国人に係る資料の提供等の求めに関する事務

附則

この規則は、公布の日から施行する。

群馬県生活保護法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成三十年九月二十八日

群馬県知事 大澤 正明

群馬県規則第五十八号

群馬県生活保護法施行細則の一部を改正する規則

群馬県生活保護法施行細則(昭和二十八年群馬県規則第五十一号)の一部を次のように改正する。

別記様式第四十九号中

算定対象期間	収入充当額	算定率	積立額
算定対象期間	収入充当額	算定率	積立額
		最低給付額	
		算定率	積立額

に  
を

- 改める。
- 附則
- この規則は、平成三十年十月一日から施行する。
  - この規則の施行の際現に作成されている改正前の別記様式第四十九号による用紙は、当分の間、適宜補正して使用することができる。

群馬県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成三十年九月二十八日

群馬県知事 大澤 正明

群馬県規則第五十九号

群馬県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

群馬県児童福祉法施行細則(昭和四十二年群馬県規則第二十六号)の一部を次のように改正する。

第十四条の七中「第十八条の二十九第一項」の下に、「第十八条の二十九の第二項」を加える。

第十四条の八中「第十八条の二十九第二項」の下に、「第十八条の二十九の第二項」を加え、同条の次に次の一条を加える。

(指定障害児通所支援事業者又は指定障害児入所施設の指定の変更の申請)  
第十四条の八の二 省令第十八条の三十四の二及び第二十五条の二十一の三の規定による申請は、障害児通所支援・障害児入所支援変更指定申請書(別記様式第二十九号の十三の二)により行うものとする。

別記様式第二十九号を次のように改める。

別記様式第29号(規格A4)(第12条関係)

(障害児入所給付費 特定入所障害児食費等給付費)支給申請書兼  
利用者負担額減額・免除等申請書

児童相談所長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号:				
	居住地	〒		電話番号		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号:		続柄		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		
被保険者証の記号及び番号*				保険者名及び番号*		

\*「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、医療型障害児入所施設・指定医療機関を希望する場合に記入すること。

サービスの利用状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等
申請するサービスの種類等	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容	
	種類	<input type="checkbox"/> 障害児入所支援
		<input type="checkbox"/> 指定発達支援医療機関
具体的内容		

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定(下記IIの軽減措置適用前) 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は○を付けないこと。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者であつて、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であつて、2以外のもの
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 医療型障害児入所施設入所者(注1)であるため、医療型個別減免を申請します。
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定(医療型施設は除く。) 障害児入所施設入所者(注2)であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)に関する認定 生活保護への移行予防措置( <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付)を申請します。 *福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

(注1) 対象施設は、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の対象となる入所施設

(注2) 対象施設は、障害児入所給付費の対象となる入所施設

世帯全員の住民票の写しを添付すること。

寡婦(夫)控除等のみなし適用を申請する場合は、別紙を提出すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者	
氏名		との関係	
住所	〒 電話番号		

(同意欄)

児童福祉法第57条の4の規定に基づき、児童相談所が世帯の課税状況に関する調査を行うことに同意します。

氏名(申請者) 印 氏名(生計中心者) 印

氏名(世帯主) 印

(別紙)

## 寡婦(夫)控除等のみなし適用申請書

児童相談所長 あて

(申請者) 住所  
氏名

印 (自署又は記名押印)

私は、「障害児入所給付・障害児入所医療」費の支給に係る所得の額の計算において、寡婦(夫)控除等のみなし適用を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

※ 下記枠線内については、入所給付決定に係る児童の保護者又は入所給付決定に係る児童の保護者と同一の世帯に属する方のうち、寡婦(夫)控除等のみなし適用の要件を満たす方が記載してください。

私は、所得を計算する対象となる年(前年(申請日が1月から6月までの間にある場合は、前々年))の12月31日現在、次のいずれかに該当していることを申し立てます(該当番号を○で囲んで下さい。)

- 1 婚姻によらないで母となり、現在婚姻をしていない者のうち、扶養親族又は生計を一にする子を有する者
- 2 1に該当し、扶養親族である子を有し、かつ、合計所得金額が500万円以下である者
- 3 婚姻によらないで父となり、現在婚姻をしていない者のうち、生計を一にする子がおり、合計所得金額が500万円以下である者

※ 上記の「現在婚姻をしていない者」の「婚姻」には、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含みます。

※ 上記の「子」は、総所得金額等が38万円以下であり、他の人の控除対象配偶者や扶養親族となっていない子に限ります。

私は、寡婦(夫)控除等のみなし適用に関して、群馬県が、寡婦(夫)控除等のみなし適用の対象者及び対象となる子の所得の額、世帯の状況及び戸籍の内容を調査し取得した情報を要件の確認のために必要な範囲内で利用することに同意します。

年 月 日 氏名

印 (自署又は記名押印)

## 【添付書類】

- ・寡婦(夫)控除等のみなし適用の対象となる者本人の戸籍全部事項証明書
- ・上記の「子」の所得証明書(総所得金額等が分かるもの)

※所得の額の計算に必要な書類として、上記以外の書類の提出を求めることがあります。

## 【注意事項(必ずお読みください。)]

- ・字は、楷書ではつきり書いてください。
- ・生活保護受給者、市町村民税非課税者は対象外です。また、みなし適用を実施しても、結果として負担上限月額等が変わらない場合があります。
- ・記載内容に虚偽があつた場合、寡婦(夫)控除等のみなし適用を取り消され、当該申請に基づき適用された自己負担額の減額分の一部又は全額の返還を求められる場合があります。

別記様式第二十九号の六を次のように改める。

別記様式第29号の6(規格A4)(第14条関係)

(障害児入所給付費 特定入所障害児食費等給付費)利用者負担額減額・免除等変更申請書

児童相談所長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号:		受給者証番号		
	居住地	〒		電話番号		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号:		続柄		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		
変更理由						

変更申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用(の変更)を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。いずれにも当てはまらない場合は○を付けないこと。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者であつて、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であつて、2以外のもの
	<input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □特例補足給付)(の変更)を申請します。 *福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

寡婦(夫)控除等のみなし適用を申請する場合は、別記様式第29号別紙を提出すること。

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申請者
氏名			との関係
住所	〒		電話番号

別記様式第二十九号の十三中「平成 年 月 日」と「事業所番号」及び「事業所番号」の欄に、  
 「施設内」と「所在地」と「事業所番号」と「事業所番号」の欄に、  
 「当該支援」と「実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援」  
 の欄に、「定款又は」を記入する。

看護師							
専従	兼務						

を

看護職員		その他の従業者					
専従	兼務	専従	兼務				

を

「定款及び」、「資産状況(貸借対照表・財産目録等)」及び「障害児通所給付費  
 の請求に関する事項」を記入する。



付表2 児童発達支援事業所(児童発達支援センターであるものを除く。)の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別		受付番号	
事業所	フリガナ		
	名称		
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市	
管理者	連絡先	電話番号	FAX番号
	フリガナ	(郵便番号 - )	
	氏名	住所	
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入)		事業所等の名称
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等			
児童発達支援管理責任者		第 条 第 項 第 号	
フリガナ	住所		(郵便番号 - )
氏名			
従業者の職種・員数			
児童指導員		保育士	
専従	兼務	専従	兼務
障害福祉サービス経験者		児童発達支援管理責任者	
専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)		
	非常勤(人)		
備考			
基準上の必要人数(人)			
機能訓練担当職員		理学療法士又は作業療法士	
専従	兼務	専従	兼務
言語聴覚士		嘱託医	
専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)		
	非常勤(人)		
備考			
基準上の必要人数(人)			
看護職員		その他の従業者	
専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)		
	非常勤(人)		
備考			
基準上の必要人数(人)			
設備	指導訓練室		有 ・ 無
主な揭示事項			
営業日			
営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ : )		
利用定員	人		
利用料			
その他の費用			
実施サービス	送迎サービス	有 ・ 無	
その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない	
	苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	担当者
	その他		
協力医療機関	名称	主な診療科名	
多機能型実施の有無	有 ・ 無		
一体的に管理運営される他の事業所			
添付書類	別添のとおり(登記簿簿本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの		

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

別記様式第二十九号の十二付表の中「当該支援」や「実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援」に於て、「定款又は」や「看護師」や「看護職員」に於て「定款及び」、「資産状況(貸借対照表・財産目録等)」及び「障害児通所給付費の請求に関する事項」を指し、同様付表4を次のように定める。

付表4 放課後等デイサービス事業所の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別 ( ) 受付番号

事業所	フリガナ					
	名称					
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市				
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号	
	フリガナ			住所	(郵便番号 - )	
	氏名			事業所等の名称		
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入)		兼務する職種及び勤務時間等			
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等						第 条 第 項 第 号
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )
	氏名					
従業者の職種・員数		児童指導員	保育士	障害福祉サービス経験者	児童発達支援管理責任者	
		専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
備考						
基準上の必要人数(人)						
		機能訓練担当職員	理学療法士又は作業療法士	言語聴覚士	嘱託医	
		専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	専従 兼務	
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
備考						
基準上の必要人数(人)						
		看護職員	その他の従業者			
		専従 兼務	専従 兼務			
従業者数	常勤(人)					
	非常勤(人)					
備考						
基準上の必要人数(人)						
設備	指導訓練室			有 ・ 無		
主な揭示事項						
	営業日					
	営業時間	サービス提供時間(送迎時間を除く。)(① : ~ : ② : ~ : )				
	利用定員	人				
	利用料					
	その他の費用					
	実施サービス	送迎サービス	有 ・ 無			
	その他参考となる事項	第三者評価の実施状況	している・していない			
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)	担当者		
		その他				
協力医療機関	名称			主な診療科名		
多機能型実施の有無	有 ・ 無					
一体的に管理運営される他の事業所						
添付書類	別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの					

(備考)

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

別記様式第二十九号の十二付表の中「当該支援」や「実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援」に改め、  
「定数又は」、「定数及び」、「資産状況(貸借対照表・財産目録等)」及び「障害児通所給付費の請求に関する事項」を照らし、  
付表6を次のように改める。

付表6 居宅訪問型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ						
	名称	-----					
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市					
管理者	連絡先	電話番号				FAX番号	
	フリガナ						(郵便番号 - )
	氏名			住所			
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所若しくは施設の従業者との兼務(兼務の場合に記入)		事業所等の名称 兼務する職種及び勤務時間等				
実施主体が地方公共団体である場合は、当該支援の実施について定めてある条例等							第 条 第 項 第 号
児童発達支援管理責任者	フリガナ					住所 (郵便番号 - )	
	氏名						
	従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者		
			専従   兼務		専従   兼務		
従業者数		常勤(人)					
		非常勤(人)					
備考							
基準上の必要人数(人)							
設備	専用の区画					有 ・ 無	
主な揭示事項							
営業日							
営業時間		サービス提供時間					
利用料							
その他の費用							
通常の事業の実施地域							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している・していない			
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者	
		その他					
多機能型実施の有無		有 ・ 無					
添付書類		別添のとおり(登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、障害児等からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容が分かるもの) 利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの					

(備考)

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 4 「その他の費用」欄には、保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 5 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記入することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は、適宜地図を添付してください。



付表7

障害児通所支援事業所に係る多機能型による  
事業を実施する場合の記載事項(総括表) その1



※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先電話番号				FAX番号		
(注) 多機能型による他の事業所については、下欄に記載すること。							
事業所2	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先電話番号				FAX番号		
事業所3	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先電話番号				FAX番号		
事業所4	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先電話番号				FAX番号		
事業所5	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 - )					
	連絡先電話番号				FAX番号		
管理者	フリガナ					住所 (郵便番号 - )	
	氏名						
	当該事業所で兼務する他の職種(兼務の場合のみ記入)						
	他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合のみ記入)		事業所等の名称		兼務する職種及び勤務時間等		
主たる対象とする障害の種類	無し	難聴	重症心身障害	その他			
	実施事業		児童発達支援サービス単位 有 無	医療型児童発達支援	放課後等デイサービス単位 有 無	居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援
主たる事業所							
従たる事業所							
定員(人)	合計	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイ	居宅訪問型児童発達支援	保育所等訪問支援	
合計							
主たる事業所							
従たる事業所							

付表7 その2



受付番号

		従業者の職種・員数											
		児童発達支援管理責任者		医師(嘱託医含む。)		児童指導員		保育士		障害福祉サービス経験者		看護職員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	備考												
	基準上の必要人数(人)												
主たる事業所	従業者数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	備考												
	基準上の必要人数(人)												
従たる事業所	従業者数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	備考												
	基準上の必要人数(人)												
		理学療法士又は作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当職員		訪問支援員		栄養士		調理員	
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)												
	基準上の必要人数(人)												
主たる事業所	従業者数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)												
	基準上の必要人数(人)												
従たる事業所	従業者数	常勤(人)											
		非常勤(人)											
	常勤換算後の人数(人)												
	基準上の必要人数(人)												
		その他の従業者											
		専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務



合計	従業者数	常勤(人)																
		非常勤(人)																
	常勤換算後の人数(人)																	
	基準上の必要人数(人)																	
主たる事業所	従業者数	常勤(人)																
		非常勤(人)																
	常勤換算後の人数(人)																	
	基準上の必要人数(人)																	
従たる事業所	従業者数	常勤(人)																
		非常勤(人)																
	常勤換算後の人数(人)																	
	基準上の必要人数(人)																	

(備考)

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 児童発達支援又は放課後等デイサービスに単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別葉にサービス単位ごとの定員を記載してください。

別記様式第二十九号の十三の次に次の一様式を加える。

別記様式第29号の13の2(規格A4)(第14条の8の2関係)

受付番号

障害児通所支援  
変更指定申請書  
障害児入所支援

年 月 日

群馬県知事 へ

申請者 所在地  
(設置者) 名称  
代表者

印

児童福祉法に規定する障害児(通所・入所)支援に係る変更指定を受けたいので下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者(設置者)	フリガナ		-----	
	名 称		-----	
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 ----- ) ----- 県 ----- 郡・市	
	法人である場合その種別		法人所轄庁	
	連絡先電話番号		FAX番号	
	代表者の職・氏名		職 名	フリガナ
変更指定を受けようとする事業等の種類	代表者の住所		(郵便番号 ----- ) ----- 県 ----- 郡・市	
	フリガナ		-----	
	名 称		-----	
	施設又は事業所の所在地		(郵便番号 ----- ) ----- 県 ----- 郡・市	
	事業等の種別	指定申請をする事業等の 支援開始予定年月日	様 式	
	同一所在地において行う事業等の種類	事 業 所 番 号		
備考	-----			

(備考)

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「一般社団法人」「一般財団法人」「公益社団法人」「公益財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載してください。
- 5 「事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記載してください。

別記様式第二十九号の十四中「平成 年 月 日」を「 年 月 日」と改め、「定款・寄付行為等及びその」を「 年 月 日」と改め、

13	障害児（入所・通所）給付費の請求に関する事項
14	役員の名、生年月日及び住所
15	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容

を

13	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容
----	----------------------------------

と改め。

別記様式第二十九号の十五を次のように改める。

別記様式第29号の15(規格A4)(第14条の9関係)

## 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

群馬県知事 へ

事業者 住所  
(所在地)  
氏名 印  
(名称及び代表者氏名)

次のとおり支援の廃止(休止・再開)をいたしましたので届け出ます。

	事業所番号	
廃止(休止・再開)する施設	名 称	
	所 在 地	
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日	
廃止・休止した理由		
現に指定(入所・通所)支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止した場合のみ)		
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

- (注) 1 支援の再開に係る届出にあつては、当該施設に係る職員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 再開の場合は、休止した事業を再開したときから10日以内に届け出てください。
- 3 廃止又は休止の場合は、指定通所支援事業を廃止又は休止をしようとする日の1月前までに届け出てください。
- 4 廃止又は休止の場合は、別紙を添付してください。

(別紙)

当該指定(入所・通所)支援を受けていた者に関する一覧表

事業を廃止又は休止する場合に、現に、当該指定(入所・通所)支援を受けていた者について、記載してください。

	氏名	今後の支援の提供状況等
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

(備考)

「今後の支援の提供状況等」の欄は、支援を受けていた者が引き続き支援の提供を希望する場合、当該指定(入所・通所)支援事業所等から支援の提供を引き継ぐ事業所等の名称を記載してください。また、引き続き支援の提供を希望しない場合、支援を受けていた者の今後の予定等を記載してください。



「 継名録」の「中」に「当該事業」や「実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業」に「定款・寄附行為等又は」に「定款・寄附行為等及び」に「資産状況（貸借対照表・財産目録等）」に「定款・寄附行為等及び」に「実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施」に「定款・寄附行為等の条文」に「条例等」に「定款・寄附行為等及び」に「資産状況（貸借対照表・財産目録等）」に「役員名簿」に「継名録」に「中」

6	定款・寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）
7	事業所（施設）の平面図及び設備の概要
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
9	事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
10	事業所のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
11	主たる対象者
12	運営規程
13	介護給付費等の請求に関する事項
14	役員の氏名、生年月日及び住所
15	事業所の種別（併設型・空床型の別）
16	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員
17	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容
18	知的障害者援護施設等との連携体制及び支援の体制の概要
19	当該申請に係る事業の開始予定年月日
20	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要
21	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要

「

22 指定地域移行支援又は指定地域定着支援の提供に当たれる者の氏名、生年月日、住所及び経歴

6	※定款・寄附行為等及び登記事項証明書又は条例等（当該指定に係る事業に関するものに限る。）※「定款・寄附行為等」は就労継続支援A型事業所のみ
7	事業所（施設）の平面図及び設備の概要
8	事業所（施設）の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴
9	事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
10	事業所のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴
11	主たる対象者
12	運営規程
13	事業所の種別（併設型・空床型の別）
14	併設型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員
15	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容
16	他の障害福祉サービス事業者等との連携体制及び支援の体制の概要
17	連携する公共職業安定所等の名称
18	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要
19	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要
20	指定地域移行支援又は指定地域定着支援の提供に当たれる者の氏名、生年月日、住所及び経歴

「

「 継名録」の「中」に「当該事業」や「実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業」に「定款・寄附行為等又は」に「定款・寄附行為等及び」に「資産状況（貸借対照表・財産目録等）」に「定款・寄附行為等及び」に「実施主体が地方公共団体である場合は、当該事業の実施」に「定款・寄附行為等の条文」に「条例等」に「定款・寄附行為等及び」に「資産状況（貸借対照表・財産目録等）」に「役員名簿」に「継名録」に「中」

「※10 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。」



「※10 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとす  
ること。  
※11 自立支援医療費の支給に係る所得の額の計算において、寡婦(夫)控  
除のみなし適用を申請する場合は、別紙を添付すること。  
改め、同様式に次の別紙を加える。」

(別紙)

年 月 日

## 自立支援医療における寡婦（夫）控除等のみなし適用申請書

群馬県知事 あて

(申請者) 住所  
氏名

印 (自署又は記名押印)

私は、自立支援医療費の支給に係る所得の額の計算において、寡婦（夫）控除等のみなし適用を受けたいので、添付書類を添えて申請します。

※ 下記枠線内については、受診者・受診者の保護者（受診者が18歳未満の場合に限る。）・受診者と同一保険の加入者のうち、寡婦（夫）控除等のみなし適用の要件を満たす方が記載してください。

私は、所得を計算する対象となる年の12月31日現在、次のいずれかに該当していることを申し立てます（該当番号を○で囲んで下さい。）。

- 1 婚姻によらないで母となり、現在婚姻をしていない者のうち、扶養親族又は生計を一にする子を有する者
- 2 1に該当し、扶養親族である子を有し、かつ、合計所得金額が500万円以下である者
- 3 婚姻によらないで父となり、現在婚姻をしていない者のうち、生計を一にする子がおり、合計所得金額が500万円以下である者

※ 上記の「現在婚姻をしていない者」の「婚姻」には、届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含みます。

※ 上記の「子」は、総所得金額等が38万円以下であり、他の人の控除対象配偶者や扶養親族となっていない子に限ります。

私は、寡婦（夫）控除等のみなし適用に関して、群馬県及び県内各市町村が、寡婦（夫）控除等のみなし適用の対象者及び対象となる子の所得の額、世帯の状況及び戸籍の内容を調査し、取得した情報を要件の確認のために必要な範囲内で利用することに同意します。

年 月 日 氏名

印 (自署又は記名押印)

## 【添付書類】

- ・寡婦（夫）控除等のみなし適用の対象となる者本人の戸籍全部事項証明書
- ・上記の「子」の所得証明書（総所得金額等が分かるもの）

※ 「自立支援医療費支給認定申請書」の添付書類等で確認できる場合は、提出は不要です。

※ 所得の額の計算に必要な書類として、上記以外の書類の提出を求められることがあります。

## 【注意事項（必ずお読みください。）】

- ・字は、楷書ではっきり書いてください。
- ・本申請書は、自立支援医療費の支給に係る所得の額の計算に当たって、寡婦（夫）控除のみなし適用を行うためのものです。
- ・生活保護受給者、市町村民税非課税の方は対象外です。また、みなし適用を実施しても、結果として負担上限月額等が変わらない場合があります。
- ・記載内容に虚偽があった場合、寡婦（夫）控除等のみなし適用を取り消され、当該申請に基づき適用された自己負担額の減額分の一部又は全額の返還を求められる場合があります。

独立支援医療を行うための入院設備の定員

人	役員の氏名、生年月日及び住所	(備考3参照)
---	----------------	---------

人		
---	--	--

「備考1」(育成医療・更生医療)のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。

調剤のために必要な設備及び施設の概要	(別紙2)
役員の氏名、生年月日及び住所	(備考2参照)

調剤のために必要な設備及び施設の概要	(別紙2)
--------------------	-------

「備考1」

「備考2」

「備考1」 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。

「備考2」 「役員の氏名、生年月日及び住所」欄は、知事が別に定める様式に記入し、これを添付してください。

「備考3」 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。

訪問看護ステーション等(事業所の名称)	名称	
	所在地	〒 — (電話番号 — — )
役員の氏名、生年月日及び住所	職員の定数	(別紙)
		(備考2参照)

訪問看護ステーション等(事業所の名称)	所在地	〒 — (電話番号 — — )
	職員の定数	(別紙)

「備考1」 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。

「備考2」 「役員の氏名、生年月日及び住所」欄は、知事が別に定める様式に記入し、これを添付してください。

「備考3」 育成医療又は更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去してください。

〒 — (電話番号 — — )
-----------------

「備考1」

〒 — (電話番号 — — )
-----------------

主として担当する医師の経歴	(別紙)
役員の氏名、生年月日及び住所	(備考2参照)

主として担当する医師の経歴	(別紙)
---------------	------

「備考1」 「標準している診療科目」欄は、標準している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えありません。

様式第十二号その1別紙中

※医師免許証の写しを添付してください。

「 〒 - (電話番号 - - - )  
改め、回線番号の中心 (電話番号 - - - ) 」

「 〒 - (電話番号 - - - )  
改め、回線番号の中心 (E-mail) 」

薬剤師の氏名	経歴 (別紙1)
薬剤師の氏名、生年月日及び住所	(備考参照)

薬剤師の氏名	経歴 (別紙1)
--------	----------

備考 「役員の氏名、生年月日及び住所」欄は、知事が別に定める様式に記載し、これを添付してください。

改め、回線番号の中心

改め、回線番号の中心 ※薬剤師免許証の写しを添付してください。

訪問看護ステーション等	名 (医療機関コード)	( )
	所在地	〒 - (電話番号 - - - )
職員の定数	(別紙)	
役員の氏名、生年月日及び住所	(備考参照)	

訪問看護ステーション等	名 (医療機関コード)	( )
	所在地	〒 - (電話番号 - - - )
職員の定数	(別紙)	

備考 「役員の氏名、生年月日及び住所」欄は、知事が別に定める様式に記載し、これを添付してください。

改め、回線番号の中心  
※薬剤師免許証の写しを添付してください。

自立支援医療を行うための入院設備の定員	人	役員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無	有・無
---------------------	---	----------------------	-----

自立支援医療を行うための入院設備の定員	人
---------------------	---

調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無	有・無
役員の氏名、生年月日	有・無

「 び住所の変更の有無」

「 調剤のために必要な設備及び施設の変更の有無」 有・無

「 び住所の変更の有無」

訪問看護ステーション等 (事業所の名称)	名	称	〒 — (電話番号 — — — )
	所	在 地	
職員の定数の有無	名	称	〒 — (電話番号 — — — )
	所	在 地	
「 職員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無」 有・無			

訪問看護ステーション等 (事業所の名称)	名	称	〒 — (電話番号 — — — )
	所	在 地	
職員の定数の有無	名	称	〒 — (電話番号 — — — )
	所	在 地	
「 職員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無」 有・無			

「 び住所の変更の有無」

「 び住所の変更の有無」

〒 — (電話番号 — — — )

「 び住所の変更の有無」

〒 — (電話番号 — — — )

「 主として担当する医師の経歴」

「 職員の氏名、生年月日」 有・無

「 び住所の変更の有無」

「 主として担当する医師の経歴」

「 び住所の変更の有無」

「 標榜している診療科目」欄は、標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えありません。

「 職員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無」欄は、直近の指定の申請(変更届出を含む。)から変更があった場合には、知事が別に定める様式に記入し、これを添付してください。

「 標榜している診療科目」欄は、標榜している診療科目が多数ある医療機関については、精神通院医療に主に関係する診療科目のみで差し支えありません。

「 び住所の変更の有無」

〒 — (電話番号 — — — )

「 び住所の変更の有無」

〒 — (電話番号 — — — )

薬剤師の氏名	有・無
「 職員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無」	有・無

「 び住所の変更の有無」

〒 — (電話番号 — — — )

訪問看護ステーション等	名	称	〒 — (電話番号 — — — )
	所	在 地	

役員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無	職員の定数の変更の有無	(電話番号 — — )
	有・無	有・無

訪問看護ステーション等	名称 (医療機関コード)	〒 — —
	所在地	(電話番号 — — ) (E-mail )
	職員の定数の変更の有無	有・無

「備考」  
 1 「職員の定数の変更の有無」欄は、直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更があった場合には、別紙に記入してください。  
 2 「役員の氏名、生年月日及び住所の変更の有無」欄は、直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更があった場合には、知事が別に定める様式に記入し、これを添付してください。  
 「備考」 「職員の定数の変更の有無」欄は、直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更があった場合には、別紙に記入してください。  
 に

附 則

- 1 この規則は、平成三十年十月一日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前の群馬県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（以下「改正前の規則」という。）の規定により提出されている申請書等は、この規則による改正後の群馬県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則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現に改正前の規則の規定により作成されている用紙は、当分の間、適宜補正して使用することができる。

## ■ 告 示

### ◎群馬県告示第270号

平成30年度及び平成31年度において県が発注する物件の製造契約及び物件の購入契約並びにその他の契約の一般競争入札又は指名競争入札に参加する者に必要な資格等の告示（平成30年群馬県告示第84号）の一部を次のように改正する。

平成30年9月28日

群馬県知事 大澤 正 明

1の表中「一般労働者派遣、特定労働者派遣」を「労働者派遣」に改める。

附 則

この告示は、平成30年9月30日から施行する。

## ■ 公 告

特定非営利活動促進法（平成10年法律第7号）第10条第1項の規定による特定非営利活動法人の設立の認証の申請があったので、同条第2項の規定により、次のとおり公告する。

なお、同項の規定により、申請のあった日から1月間、同項に規定する定款等の書類を群馬県生活文化スポーツ部県民生活課において縦覧に供する。

平成30年9月28日

群馬県知事 大澤 正 明

- 1 申請のあった年月日 平成30年9月12日
- 2 特定非営利活動法人の名称 特定非営利活動法人 i i t o k o
- 3 代表者の氏名 浅香千恵
- 4 主たる事務所の所在地 高崎市吉井町本郷452番地2
- 5 定款に記載された目的 この法人は、子どもや子どもを取り巻く大人に対して、孤立化防止及び子育て支援に関する事業等を行い、地域の活性化と福祉の向上に寄与することを目的とする。

森林法（昭和26年法律第249号）第30条の規定により、保安林の指定施業要件を変更する予定について、その森林の所有者及びその森林に関し登記した権利を有する者に通知すべきところ又は通知をしたところ、次の者の所在が不明なため、同法第189条の規定により、通知の内容を太田市役所に掲示したので、その要旨を次のとおり公告する。

平成30年9月28日

群馬県知事 大澤 正 明

- 1 指定施業要件変更予定保安林の所在場所及び登記済みの権利者

指定施業要件変更予定保安林の所在場所	登記済みの権利者	備考
太田市長手町1744の17	川崎政二	
太田市長手町1744の96	津田美代子	共有林

太田市長手町1760の57	中島都一郎	
太田市吉沢町2522の1	今井廣四郎	共有林
太田市吉沢町甲2534	宮本道枝	
太田市吉沢町2555の1から2555の3まで	青木三枝	共有林
太田市吉沢町2563	小保方静央	
太田市吉沢町2580の1から2580の4まで	鈴木吉五郎	共有林
太田市吉沢町2637から2639まで	生形俊	
太田市吉沢町2656	橋本忠	
太田市吉沢町2673	阿久戸七郎	共有林
同	阿久戸正二	同
太田市吉沢町2675	板橋鉄次郎	共有林
同	小堀馬太郎	同
太田市吉沢町2681、2682	阿久戸伊藤太	共有林
太田市吉沢町2681	阿久戸新十郎	同
同	堀越戒三	同
同	堀越竹次郎	同
同	堀越源藏	同
太田市吉沢町2682	富田收	共有林
同	阿久戸金次郎	同
同	阿久戸仙吉	同
同	浅倉馬太郎	同
太田市吉沢町2684	江田勘太郎	共有林
太田市吉沢町5952	青木倉太	共有林

2 指定の目的 土砂の流出の防備

3 指定施業要件

(1) 立木の伐採の方法

ア 主伐に係る伐採種は、定めない。

イ 主伐として伐採をすることができる立木は、当該立木の所在する市町村に係る市町村森林整備計画で定める標準伐期齢以上のものとする。

ウ 間伐に係る森林は、次のとおりとする。

(2) 立木の伐採の限度並びに植栽の方法・期間及び樹種 次のとおりとする。



「次のとおり」は、省略し、その関係書類を群馬県環境森林部森林保全課及び太田市役所に備え置いて縦覧に供する。

保安林指定施業要件変更予定告示 平成27年8月7日群馬県告示第258号

---

毎週火、金曜日発行

発行 群馬県

群馬県前橋市大手町一丁目1番1号  
電話 027-223-1111

---