

佐賀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

佐賀県知事 古 川 康

佐賀県規則第十五号

佐賀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

佐賀県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（昭和四十七年佐賀県規則第七十四号）の一部を次のように改正する。

第二条第一項第二号及び第二項中「申込者告知書」を「申込者（被保険者）告知書」に改める。

第五条第二項中「ときは、」を「ときは」に改め、「ともに」の下に「加入等申込書に記載されている心身障害者を年金受給者とした」を加える。

別記様式第一号及び別記様式第二号を次のように改める。

様式第1号(第2条関係)

加 入 等 申 込 書

年 月 日

佐賀県知事 様

(加入申込者)
氏 名 (印)

佐賀県心身障害者扶養共済制度条例に基づき、佐賀県心身障害者扶養共済制度 } に

加 } 入 } したいので、関係書類を添えて申し込めます。
おける口数追加を

加 申 入 込 等 者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名			男 女	
等 者	フリガナ		心身障害 者との 続 柄		
	住 所				
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	心身障害 者の氏名			男 女	
口 数 追 加			する・しない		
現在・共済制度に加入の有無			有 (加入番号)・ 無		

	従前の地方 公共団体名	加入番号	加 入 年 月 日(口数追加)
他 制 度 か ら の 転 入 者 の 記 載 欄			年 月 日(年 月 日)
			年 月 日(年 月 日)

※本共済制度においては、心身障害者を事後的に変更できないものとします。

添付書類

- 1 加入等申込者及びその扶養する心身障害者の住民票の写し
 - 2 申込者告知書
 - 3 障害証明書
 - 4 年金管理者指定届書
- 注 1 口数追加のみの申込みの場合には、2の書類だけを添付してください。
- 2 記名押印に代えて署名することができます。

確 認 印	
「重要事項のご説明」の内容を確認し、受領しました。 また、この共済制度が加入目的に合致していることも確認しています。	(印)

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
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、署名し、及び押印しました。
 ・下記の事項は、事実と相違ありません。

佐賀県知事 様

告知日（記入日）	平成 年 月 日	*告知書有効期限は、加入希望月の2ヶ月以内																	
申込（加入）にあたって	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		性別 生年月日																	
申込者氏名	(姓) (名)	① 男 ③ 昭和 ② 女 ④ 平成																	
フリガナ		生年月日																	
心身障害者氏名	(姓) (名)	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 その他の親族 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（心身障害者にかかる告知ではありません）																			
最近の健康状態	①最近3ヶ月以内に、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、病气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。 *（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・投薬を受けたことがありますか。 ある場合は右の（はい）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%; font-size: small;"> <tr> <td>心臓・血管</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・角膜炎の病気</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>がんとしゅよう</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・乳癌症</td> </tr> </table>	心臓・血管	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・しゅよう	がんとしゅよう	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・乳癌症
心臓・血管	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・しゅよう	がんとしゅよう																		
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・乳癌症																		
④過去5年以内に、上記③以外の病气やけがで2週間以上にわたり、医師の診察・検査・治療・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。	はい いいえ																		
身体障害	<table border="1" style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>機能障害</td> <td>目・耳・言語・（そしゃく）</td> <td>障害の原因・部位・程度等</td> <td>発症時期</td> </tr> <tr> <td>欠損</td> <td>手・足・手指・背骨（脊柱）</td> <td>障害の原因</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>障害の部位</td> <td>障害程度</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	欠損	手・足・手指・背骨（脊柱）	障害の原因	障害の部位	変形	手・足・手指・背骨（脊柱）	障害の部位	障害程度	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																
欠損	手・足・手指・背骨（脊柱）	障害の原因	障害の部位																
変形	手・足・手指・背骨（脊柱）	障害の部位	障害程度																
【詳細記入欄】←																			
上記①～④に（はい）があつた場合には、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	①・②・③・④	①・②・③・④																	
病气やけがの名前・検査結果																			
診察・検査・治療・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・期間	無・有（年 月から 年 月）	無・有（年 月から 年 月）																	
手術の有無（手術の名前、または内容・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・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】		（※2）【糖尿病の場合は記入してください】																	
最近の血圧	最大 mmHg 最小 mmHg	最近の空腹時血糖値 mg/dl 治療方法（ ）																	
生保記入欄																			

別記様式第六号及び別記様式第六号の二を次のように改める。

様式第6号（第2条関係）

（表面）

加入番号	
------	--

佐賀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、佐賀県心身障害者扶養共済制度条例(昭和45年佐賀県条例11号)に基づき、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

佐賀県知事 印

加入者	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
心身障害者	(フリガナ) 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

(裏面)

- 1 この加入証書は、大切に保管してください。
この証書を破り、汚し、又は失つたときは、再交付を申し出てください。
- 2 掛金は、毎月期限までに必ず納付してください。
掛金を2か月以上滞納すると、脱退として取り扱います。
- 3 加入者が死亡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 加入者がこの制度加入の際提出した書類に不実の記載があつた場合又は加入者の死亡若しくは重度障害が加入者若しくは心身障害者の故意若しくは重大な過失によるものである場合は、年金が支給されないこともあります。
- 5 心身障害者が加入者より早く又は同時に亡くなつたときは、加入者に対して所定の弔慰金を支給します。
- 6 加入者がこの制度から脱退したときは、加入者に対して所定の脱退一時金を支給します。
- 7 加入者が20年以上継続してこの制度に加入し、かつ、4月1日時点で満65歳である年度の加入応当月以後は、掛金を納める必要がありません。
- 8 掛金又は年金の額について、条例の改正があつたときは、改正後の条例の規定を適用するものとします。
- 9 次の場合は、速やかにお届けください。
 - (1) 心身障害者又は年金管理者が死亡したとき。
 - (2) 加入者、心身障害者又は年金管理者が氏名又は住所を変更したとき。
 - (3) 年金管理者を指定し、又は変更したとき。
 - (4) 掛金が納められなくなつたとき。
- 10 その他この制度の内容については、申込みの際にお渡しした書類（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。
- 11 この制度についてのおたずねは、最寄りの市の福祉事務所、町の窓口又は県にお問い合わせください。

様式第6号の2 (第2条関係)

(表面)

加入番号	
------	--

佐賀県心身障害者扶養共済制度

口 数 追 加 証 書

加 入 者
氏 名

あなたは、佐賀県心身障害者扶養共済制度条例（昭和45年佐賀県条例11号）に基づき、心身障害者扶養共済制度の口数が追加されていることを証します。

年 月 日

佐賀県知事 印

加入者	(フリガナ) 氏名	
	生年月日	年 月 日
心身障害者	(フリガナ) 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

(裏面)

- 1 この口数追加証書は、大切に保管してください。
この証書を破り、汚し、又は失ったときは、再交付を申し出てください。
- 2 掛金は、毎月期限までに必ず納付してください。
掛金を2か月以上滞納すると、脱退として取り扱います。
- 3 加入者が死亡又は重度障害となったときは、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 加入者が口数追加の際提出した書類に不実の記載があった場合又は加入者の死亡若しくは重度障害が加入者若しくは心身障害者の故意若しくは重大な過失によるものである場合は、年金が支給されないこともあります。
- 5 心身障害者が加入者より早く又は同時に亡くなったときは、加入者に対して所定の弔慰金を支給します。
- 6 加入者がこの制度から脱退したときは、加入者に対して所定の脱退一時金を支給します。
- 7 口数追加が20年以上継続し、かつ、4月1日時点で満65歳である年度の加入応当月以後は、掛金を納める必要はありません。
- 8 掛金又は年金の額について、条例の改正があったときは、改正後の条例の規定を適用するものとします。
- 9 次の場合は、速やかにお届けください。
 - (1) 心身障害者又は年金管理者が死亡したとき。
 - (2) 加入者、心身障害者又は年金管理者が氏名又は住所を変更したとき。
 - (3) 年金管理者を指定し、又は変更したとき。
 - (4) 掛金が納められなくなつたとき。
- 10 その他この制度の内容については、申込みの際にお渡しした書類（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。
- 11 この制度についてのおたずねは、最寄りの市の福祉事務所、町の窓口又は県にお問い合わせください。

附 則

この規則は、平成二十二年四月一日から施行する。