

改正後	改正前																																																																																																																																																				
<p style="text-align: right;">様式1</p> <p style="text-align: center;"><b>後遺障害診断書</b> 【脳の器質性障害又はせき髄障害に係る後遺障害、脳の非器質性精神障害に係る後遺障害を除く。】</p>	<p style="text-align: right;">様式1</p> <p style="text-align: center;"><b>後遺障害診断書</b> 【脳の器質性障害又はせき髄障害に係る後遺障害、脳の非器質性精神障害に係る後遺障害を除く。】</p>																																																																																																																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>被災職員名</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日 ( 歳)</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td>災害発生年月日</td> <td>年 月 日</td> <td>初診年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>障害の原因となった傷病名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>上記傷病が治癒(症状が固定した状態を含む。以下同じ。)となった日</td> <td colspan="3">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>入院期間</td> <td>年 月 日から ( )日間</td> <td>通院期間</td> <td>年 月 日から 実治療日数 ( )日</td> </tr> <tr> <td>初診時の主訴及び症状:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>現在までの治療の内容・期間・経過・その他参考となる事項:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>既存障害の有無</td> <td colspan="3">有の場合に部位・程度等:</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">後遺障害の内容及び程度</td> </tr> <tr> <td>主自訴又は症状は</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>他検査結果は</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">後遺障害の内容及び程度</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">眼</td> <td>視力</td> <td>調節機能</td> <td>視野狭窄(8方向)</td> </tr> <tr> <td>裸眼 矯正</td> <td>近点・遠点・屈折力等</td> <td>調節力 上 上外 外 外下 下 下内 内 内上</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td>( )D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td>( )D</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">障害</td> <td colspan="3">注視野(頭部を固定し、眼球を運動させて直視できる範囲)の広さ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">                     眼球の運動障害                      複視(①本人が複視のあることを自覚し、②眼筋の麻痺等複視を誘発する原因が認められ、③ヘススクリーンテストにより患側の像が水平方向又は垂直方向の目盛りで5度以上離れた位置にあることが確認されるもので、これらのいずれにも該当するもの)                      1 正面視で複視を残すもの(ヘススクリーンテストにより正面視で複視が中心の位置にあることが確認されたもの)                      2 正面視以外で複視を残すもの(1以外のもの)                 </td> </tr> <tr> <td>まぶたの障害</td> <td colspan="2">まぶた・まつ毛の欠損、運動障害</td> <td>外傷性散瞳、眼外傷による変視症(他覚的に証明される場合)の有無 有・無</td> </tr> </table> <p>注: 視野の測定は、ゴールドマン型視野計により行って下さい。</p>	被災職員名	生年月日	年 月 日 ( 歳)	男・女	災害発生年月日	年 月 日	初診年月日	年 月 日	障害の原因となった傷病名				上記傷病が治癒(症状が固定した状態を含む。以下同じ。)となった日	年 月 日			入院期間	年 月 日から ( )日間	通院期間	年 月 日から 実治療日数 ( )日	初診時の主訴及び症状:				現在までの治療の内容・期間・経過・その他参考となる事項:				既存障害の有無	有の場合に部位・程度等:			後遺障害の内容及び程度				主自訴又は症状は				他検査結果は				後遺障害の内容及び程度				眼	視力	調節機能	視野狭窄(8方向)	裸眼 矯正	近点・遠点・屈折力等	調節力 上 上外 外 外下 下 下内 内 内上	左		( )D		右		( )D		障害	注視野(頭部を固定し、眼球を運動させて直視できる範囲)の広さ			眼球の運動障害 複視(①本人が複視のあることを自覚し、②眼筋の麻痺等複視を誘発する原因が認められ、③ヘススクリーンテストにより患側の像が水平方向又は垂直方向の目盛りで5度以上離れた位置にあることが確認されるもので、これらのいずれにも該当するもの) 1 正面視で複視を残すもの(ヘススクリーンテストにより正面視で複視が中心の位置にあることが確認されたもの) 2 正面視以外で複視を残すもの(1以外のもの)			まぶたの障害	まぶた・まつ毛の欠損、運動障害		外傷性散瞳、眼外傷による変視症(他覚的に証明される場合)の有無 有・無	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>被災職員名</td> <td>生年月日</td> <td>昭・平 年 月 日 ( 歳)</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td>災害発生年月日</td> <td>昭・平 年 月 日</td> <td>初診年月日</td> <td>昭・平 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>障害の原因となった傷病名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>上記傷病が治癒(症状が固定した状態を含む。以下同じ。)となった日</td> <td colspan="3">昭・平 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>入院期間</td> <td>年 月 日から ( )日間</td> <td>通院期間</td> <td>年 月 日から 実治療日数 ( )日</td> </tr> <tr> <td>初診時の主訴及び症状:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>現在までの治療の内容・期間・経過・その他参考となる事項:</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>既存障害の有無</td> <td colspan="3">有の場合に部位・程度等:</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">後遺障害の内容及び程度</td> </tr> <tr> <td>主自訴又は症状は</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>他検査結果は</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">後遺障害の内容及び程度</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">眼</td> <td>視力</td> <td>調節機能</td> <td>視野狭窄(8方向)</td> </tr> <tr> <td>裸眼 矯正</td> <td>近点・遠点・屈折力等</td> <td>調節力 上 上外 外 外下 下 下内 内 内上</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td>( )D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td>( )D</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">障害</td> <td colspan="3">注視野(頭部を固定し、眼球を運動させて直視できる範囲)の広さ</td> </tr> <tr> <td colspan="3">                     眼球の運動障害                      複視(①本人が複視のあることを自覚し、②眼筋の麻痺等複視を誘発する原因が認められ、③ヘススクリーンテストにより患側の像が水平方向又は垂直方向の目盛りで5度以上離れた位置にあることが確認されるもので、これらのいずれにも該当するもの)                      1 正面視で複視を残すもの(ヘススクリーンテストにより正面視で複視が中心の位置にあることが確認されたもの)                      2 正面視以外で複視を残すもの(1以外のもの)                 </td> </tr> <tr> <td>まぶたの障害</td> <td colspan="2">まぶた・まつ毛の欠損、運動障害</td> <td>外傷性散瞳、眼外傷による変視症(他覚的に証明される場合)の有無 有・無</td> </tr> </table> <p>注: 視野の測定は、ゴールドマン型視野計により行って下さい。</p>	被災職員名	生年月日	昭・平 年 月 日 ( 歳)	男・女	災害発生年月日	昭・平 年 月 日	初診年月日	昭・平 年 月 日	障害の原因となった傷病名				上記傷病が治癒(症状が固定した状態を含む。以下同じ。)となった日	昭・平 年 月 日			入院期間	年 月 日から ( )日間	通院期間	年 月 日から 実治療日数 ( )日	初診時の主訴及び症状:				現在までの治療の内容・期間・経過・その他参考となる事項:				既存障害の有無	有の場合に部位・程度等:			後遺障害の内容及び程度				主自訴又は症状は				他検査結果は				後遺障害の内容及び程度				眼	視力	調節機能	視野狭窄(8方向)	裸眼 矯正	近点・遠点・屈折力等	調節力 上 上外 外 外下 下 下内 内 内上	左		( )D		右		( )D		障害	注視野(頭部を固定し、眼球を運動させて直視できる範囲)の広さ			眼球の運動障害 複視(①本人が複視のあることを自覚し、②眼筋の麻痺等複視を誘発する原因が認められ、③ヘススクリーンテストにより患側の像が水平方向又は垂直方向の目盛りで5度以上離れた位置にあることが確認されるもので、これらのいずれにも該当するもの) 1 正面視で複視を残すもの(ヘススクリーンテストにより正面視で複視が中心の位置にあることが確認されたもの) 2 正面視以外で複視を残すもの(1以外のもの)			まぶたの障害	まぶた・まつ毛の欠損、運動障害		外傷性散瞳、眼外傷による変視症(他覚的に証明される場合)の有無 有・無
被災職員名	生年月日	年 月 日 ( 歳)	男・女																																																																																																																																																		
災害発生年月日	年 月 日	初診年月日	年 月 日																																																																																																																																																		
障害の原因となった傷病名																																																																																																																																																					
上記傷病が治癒(症状が固定した状態を含む。以下同じ。)となった日	年 月 日																																																																																																																																																				
入院期間	年 月 日から ( )日間	通院期間	年 月 日から 実治療日数 ( )日																																																																																																																																																		
初診時の主訴及び症状:																																																																																																																																																					
現在までの治療の内容・期間・経過・その他参考となる事項:																																																																																																																																																					
既存障害の有無	有の場合に部位・程度等:																																																																																																																																																				
後遺障害の内容及び程度																																																																																																																																																					
主自訴又は症状は																																																																																																																																																					
他検査結果は																																																																																																																																																					
後遺障害の内容及び程度																																																																																																																																																					
眼	視力	調節機能	視野狭窄(8方向)																																																																																																																																																		
	裸眼 矯正	近点・遠点・屈折力等	調節力 上 上外 外 外下 下 下内 内 内上																																																																																																																																																		
左		( )D																																																																																																																																																			
右		( )D																																																																																																																																																			
障害	注視野(頭部を固定し、眼球を運動させて直視できる範囲)の広さ																																																																																																																																																				
	眼球の運動障害 複視(①本人が複視のあることを自覚し、②眼筋の麻痺等複視を誘発する原因が認められ、③ヘススクリーンテストにより患側の像が水平方向又は垂直方向の目盛りで5度以上離れた位置にあることが確認されるもので、これらのいずれにも該当するもの) 1 正面視で複視を残すもの(ヘススクリーンテストにより正面視で複視が中心の位置にあることが確認されたもの) 2 正面視以外で複視を残すもの(1以外のもの)																																																																																																																																																				
まぶたの障害	まぶた・まつ毛の欠損、運動障害		外傷性散瞳、眼外傷による変視症(他覚的に証明される場合)の有無 有・無																																																																																																																																																		
被災職員名	生年月日	昭・平 年 月 日 ( 歳)	男・女																																																																																																																																																		
災害発生年月日	昭・平 年 月 日	初診年月日	昭・平 年 月 日																																																																																																																																																		
障害の原因となった傷病名																																																																																																																																																					
上記傷病が治癒(症状が固定した状態を含む。以下同じ。)となった日	昭・平 年 月 日																																																																																																																																																				
入院期間	年 月 日から ( )日間	通院期間	年 月 日から 実治療日数 ( )日																																																																																																																																																		
初診時の主訴及び症状:																																																																																																																																																					
現在までの治療の内容・期間・経過・その他参考となる事項:																																																																																																																																																					
既存障害の有無	有の場合に部位・程度等:																																																																																																																																																				
後遺障害の内容及び程度																																																																																																																																																					
主自訴又は症状は																																																																																																																																																					
他検査結果は																																																																																																																																																					
後遺障害の内容及び程度																																																																																																																																																					
眼	視力	調節機能	視野狭窄(8方向)																																																																																																																																																		
	裸眼 矯正	近点・遠点・屈折力等	調節力 上 上外 外 外下 下 下内 内 内上																																																																																																																																																		
左		( )D																																																																																																																																																			
右		( )D																																																																																																																																																			
障害	注視野(頭部を固定し、眼球を運動させて直視できる範囲)の広さ																																																																																																																																																				
	眼球の運動障害 複視(①本人が複視のあることを自覚し、②眼筋の麻痺等複視を誘発する原因が認められ、③ヘススクリーンテストにより患側の像が水平方向又は垂直方向の目盛りで5度以上離れた位置にあることが確認されるもので、これらのいずれにも該当するもの) 1 正面視で複視を残すもの(ヘススクリーンテストにより正面視で複視が中心の位置にあることが確認されたもの) 2 正面視以外で複視を残すもの(1以外のもの)																																																																																																																																																				
まぶたの障害	まぶた・まつ毛の欠損、運動障害		外傷性散瞳、眼外傷による変視症(他覚的に証明される場合)の有無 有・無																																																																																																																																																		

改正後

種類		後遺障害の程度及び内容									
耳		オーディオメーター検査成績					語音明瞭度検査		人声聴力検査成績		
耳 (内耳等及び耳鼓)	第1回	右	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %	大 声 話 語	不 能	接 耳 可 能	cmにて 可 能	cmにて 可 能	
		左	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %						
	第2回	右	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %	大 声 話 語	不 能	接 耳 可 能	cmにて 可 能	cmにて 可 能	
		左	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %						
	第3回	右	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %	大 声 話 語	不 能	接 耳 可 能	cmにて 可 能	cmにて 可 能	
		左	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %						
耳鼓(耳介)の欠損の程度											
耳漏(鼓膜の外傷性穿孔による)の有無 有・無											
難聴に伴う耳鳴の有無及びその程度 ; 耳鳴検査結果											
鼻の障害		鼻軟骨の欠損の程度 全部・大部分・一部分・欠損なし					鼻の機能障害(鼻呼吸困難、嗅覚脱失、嗅覚減退について)				
顎関節		上下第1切歯列対向線間の距離: cm 左右偏位(上顎の正中線を軸として下歯列の動きの距離): 右 cm 左 cm 参考値: 上下第1切歯列対向線間の距離 5.0cm、左右偏位 1.0cm									
言語機能障害		1 発声機能の完全喪失 2 発音機能障害…発音不能語音(口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音) 3 録音機能障害 4 その他…									
その他機能障害		1 流動食以外は摂取できない 2 粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外は摂取できない 3 固形食物の中にしゃくができないもの又はしゃくが十分にできないものがあり、そのことが医学的に確認できる 注「医学的に確認できる」:しゃくができないもの又はしゃくが十分にできないものがあることの原因が、不正咬合、しゃく・嚥と前歯の異常、下顎関節の障害、開口障害、歯牙損傷(補てつができない場合)等であると医学的に確認できること。 歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等;									
舌の異常、嚥下障害		(咽頭支配神経の麻痺等により生ずるもの)、味覚障害(味覚脱失・味覚減退)、声帯麻痺による著しいかすれ声の有無及びその内容等									

- 注1 聴力検査は、日本聴覚医学会制定の「聴覚検査法(1990)」により行って下さい。  
 2 語音による聴力検査については、日本聴覚医学会制定の「聴覚検査法(1990)」における語音聴力検査法が制定されるまでの間は、日本オーディオロジー学会制定の「標準聴力検査法のIIの語音による聴力検査」により行っていただき、検査用語音は、五七式、六七式、五七s式又は六七s式のいずれかを用いて下さい。  
 3 「耳鳴検査」は、ピッチ・マッチ検査及びラウドネス・バランス検査をいいます。

改正前

種類		後遺障害の程度及び内容									
耳		オーディオメーター検査成績					語音明瞭度検査		人声聴力検査成績		
耳 (内耳等及び耳鼓)	第1回	右	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %	大 声 話 語	不 能	接 耳 可 能	cmにて 可 能	cmにて 可 能	
		左	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %						
	第2回	右	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %	大 声 話 語	不 能	接 耳 可 能	cmにて 可 能	cmにて 可 能	
		左	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %						
	第3回	右	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %	大 声 話 語	不 能	接 耳 可 能	cmにて 可 能	cmにて 可 能	
		左	a( )+2b( )+2c( )+d( ) = ( ) db		最高明瞭度 %						
耳鼓(耳介)の欠損の程度											
耳漏(鼓膜の外傷性穿孔による)の有無 有・無											
難聴に伴う耳鳴の有無及びその程度 ; 耳鳴検査結果											
鼻の障害		鼻軟骨の欠損の程度 全部・大部分・一部分・欠損なし					鼻の機能障害(鼻呼吸困難、嗅覚脱失、嗅覚減退について)				
顎関節		上下第1切歯列対向線間の距離: cm 左右偏位(上顎の正中線を軸として下歯列の動きの距離): 右 cm 左 cm 参考値: 上下第1切歯列対向線間の距離 5.0cm、左右偏位 1.0cm									
言語機能障害		1 発声機能の完全喪失 2 発音機能障害…発音不能語音(口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音) 3 録音機能障害 4 その他…									
その他機能障害		1 流動食以外は摂取できない 2 粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外は摂取できない 3 固形食物の中にしゃくができないもの又はしゃくが十分にできないものがあり、そのことが医学的に確認できる 注「医学的に確認できる」:しゃくができないもの又はしゃくが十分にできないものがあることの原因が、不正咬合、しゃく・嚥と前歯の異常、下顎関節の障害、開口障害、歯牙損傷(補てつができない場合)等であると医学的に確認できること。 歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等;									
舌の異常、嚥下障害		(咽頭支配神経の麻痺等により生ずるもの)、味覚障害(味覚脱失・味覚減退)、声帯麻痺による著しいかすれ声の有無及びその内容等									

- 注1 聴力検査は、日本聴覚医学会制定の「聴覚検査法(1990)」により行って下さい。  
 2 語音による聴力検査については、日本聴覚医学会制定の「聴覚検査法(1990)」における語音聴力検査法が制定されるまでの間は、日本オーディオロジー学会制定の「標準聴力検査法のIIの語音による聴力検査」により行っていただき、検査用語音は、五七式、六七式、五七s式又は六七s式のいずれかを用いて下さい。  
 3 「耳鳴検査」は、ピッチ・マッチ検査及びラウドネス・バランス検査をいいます。

改正後

改正前

種類	後遺障害の程度及び内容
神経系統の障害（脳の器質性・非器質性障害、せき髄障害を除く）	外傷性てんかん 原因、発作の型、発作回数、投薬の有無、内容等： .....
	頭痛及び失平衡機能障害 障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度： .....
	※ 末梢神経・疼痛等感覚障害 障害の程度を図示又は説明して下さい：
※ 外観等の醜状障害	外観（頭部、顔面、頸部）、露出面（上肢、下肢）、露出面以外の面について、障害の程度（醜状、長さ、大きさ、醜状度等）を、図示又は説明して下さい：
胸腹部臓器の障害	障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度： .....

注：胸腹部臓器は、呼吸器、循環器、腹部臓器、泌尿器、生殖器を指します。

種類	後遺障害の程度及び内容
神経系統の障害（脳の器質性・非器質性障害、せき髄障害を除く）	外傷性てんかん 原因、発作の型、発作回数、投薬の有無、内容等： .....
	頭痛及び失平衡機能障害 障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度： .....
	※ 末梢神経・疼痛等感覚障害 障害の程度を図示又は説明して下さい：
※ 外観等の醜状障害	外観（頭部、顔面、頸部）、露出面（上肢、下肢）、露出面以外の面について、障害の程度（醜状、長さ、大きさ、醜状度等）を、図示又は説明して下さい：
胸腹部臓器の障害	障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度： .....

注：胸腹部臓器は、呼吸器、循環器、腹部臓器、泌尿器、生殖器を指します。

改正後

改正前

種類	後遺障害の程度及び内容																																																																																												
体幹 (せき柱及びその他の体幹骨)の障害	変形部位… 頸椎・胸腰椎(胸椎・腰椎)																																																																																												
	変形の原因… 骨折(圧迫骨折を含む)・脱臼・固定術・筋肉拘縮・その他( )																																																																																												
	せき柱圧迫骨折等のある椎体の個数: 個																																																																																												
	測 量(コブ法)																																																																																												
	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">前方椎体高 cm</th> <th colspan="4">後方椎体高 cm</th> <th colspan="4">度</th> </tr> <tr> <th>関節部位</th> <th>運動方向</th> <th>自 動</th> <th>他 動</th> <th>関節部位</th> <th>運動方向</th> <th>自 動</th> <th>他 動</th> <th>関節部位</th> <th>運動方向</th> <th>自 動</th> <th>他 動</th> </tr> <tr> <td rowspan="6">胸腰部</td> <td>屈曲</td> <td>度</td> <td>度</td> <td rowspan="6">胸腰部</td> <td>屈曲</td> <td>度</td> <td>度</td> <td rowspan="6">胸腰部</td> <td>屈曲</td> <td>度</td> <td>度</td> </tr> <tr> <td>伸 展</td> <td></td> <td></td> <td>伸 展</td> <td></td> <td></td> <td>伸 展</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左回旋</td> <td></td> <td></td> <td>左回旋</td> <td></td> <td></td> <td>左回旋</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>右回旋</td> <td></td> <td></td> <td>右回旋</td> <td></td> <td></td> <td>右回旋</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左側屈</td> <td></td> <td></td> <td>左側屈</td> <td></td> <td></td> <td>左側屈</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>右側屈</td> <td></td> <td></td> <td>右側屈</td> <td></td> <td></td> <td>右側屈</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												前方椎体高 cm				後方椎体高 cm				度				関節部位	運動方向	自 動	他 動	関節部位	運動方向	自 動	他 動	関節部位	運動方向	自 動	他 動	胸腰部	屈曲	度	度	胸腰部	屈曲	度	度	胸腰部	屈曲	度	度	伸 展			伸 展			伸 展			左回旋			左回旋			左回旋			右回旋			右回旋			右回旋			左側屈			左側屈			左側屈			右側屈			右側屈			右側屈		
	前方椎体高 cm				後方椎体高 cm				度																																																																																				
	関節部位	運動方向	自 動	他 動	関節部位	運動方向	自 動	他 動	関節部位	運動方向	自 動	他 動																																																																																	
	胸腰部	屈曲	度	度	胸腰部	屈曲	度	度	胸腰部	屈曲	度	度																																																																																	
		伸 展				伸 展				伸 展																																																																																			
		左回旋				左回旋				左回旋																																																																																			
右回旋				右回旋				右回旋																																																																																					
左側屈				左側屈				左側屈																																																																																					
右側屈				右側屈				右側屈																																																																																					
部位: 鎖骨・胸骨・ろっ骨・肩こう骨・骨盤骨 1 裸体となつてわかる程度 2 レントゲン写真でわかる程度																																																																																													
荷重機能の障害の原因が明らかに認められる場合に限り、 注 「原因が明らかに認められる場合」: せき柱圧迫骨折・脱臼、せき柱を支える筋肉の麻痺又は項背腰脚部軟組織の明らかで器質的変化を呈し、それらがエックス線写真等により認められるもの 硬性補装具の使用状況:																																																																																													
欠損の部位等を、図示又は説明して下さい。 人工骨頭・人工関節の挿入置換の有無・箇所等を、図示又は説明して下さい。																																																																																													
※ 上肢・下肢の欠損等																																																																																													
上肢・下肢の障害(欠損・変形・短縮・動揺関節等)	<table border="1"> <tr> <th>左下肢長 cm</th> <th>右下肢長 cm</th> <th colspan="2">上肢・下肢の変形</th> </tr> <tr> <td colspan="2">短縮の原因:</td> <td>部位:</td> <td>部位:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>偽関節: 有・無</td> <td>偽関節: 有・無</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>癒合不全: 有・無</td> <td>癒合不全: 有・無</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>部位:</td> <td>部位:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>長管骨の変形: 有・無</td> <td>長管骨の変形: 有・無</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>変形を外部から想見できる程度: 可・否</td> <td>変形を外部から想見できる程度: 可・否</td> </tr> </table>												左下肢長 cm	右下肢長 cm	上肢・下肢の変形		短縮の原因:		部位:	部位:			偽関節: 有・無	偽関節: 有・無			癒合不全: 有・無	癒合不全: 有・無			部位:	部位:			長管骨の変形: 有・無	長管骨の変形: 有・無			変形を外部から想見できる程度: 可・否	変形を外部から想見できる程度: 可・否																																																					
	左下肢長 cm	右下肢長 cm	上肢・下肢の変形																																																																																										
	短縮の原因:		部位:	部位:																																																																																									
			偽関節: 有・無	偽関節: 有・無																																																																																									
		癒合不全: 有・無	癒合不全: 有・無																																																																																										
		部位:	部位:																																																																																										
		長管骨の変形: 有・無	長管骨の変形: 有・無																																																																																										
		変形を外部から想見できる程度: 可・否	変形を外部から想見できる程度: 可・否																																																																																										
動揺関節: 有・無 部位: 部位:																																																																																													
習慣性脱臼(及び弾発ひざ): 有・無 部位: 部位:																																																																																													
硬性補装具の使用状況:																																																																																													

種類	後遺障害の程度及び内容																																																																																												
体幹 (せき柱及びその他の体幹骨)の障害	変形部位… 頸椎・胸腰椎(胸椎・腰椎)																																																																																												
	変形の原因… 骨折(圧迫骨折を含む)・脱臼・固定術・筋肉拘縮・その他( )																																																																																												
	せき柱圧迫骨折等のある椎体の個数: 個																																																																																												
	測 量(コブ法)																																																																																												
	<table border="1"> <tr> <th colspan="4">前方椎体高 cm</th> <th colspan="4">後方椎体高 cm</th> <th colspan="4">度</th> </tr> <tr> <th>関節部位</th> <th>運動方向</th> <th>自 動</th> <th>他 動</th> <th>関節部位</th> <th>運動方向</th> <th>自 動</th> <th>他 動</th> <th>関節部位</th> <th>運動方向</th> <th>自 動</th> <th>他 動</th> </tr> <tr> <td rowspan="6">胸腰部</td> <td>屈曲</td> <td>度</td> <td>度</td> <td rowspan="6">胸腰部</td> <td>屈曲</td> <td>度</td> <td>度</td> <td rowspan="6">胸腰部</td> <td>屈曲</td> <td>度</td> <td>度</td> </tr> <tr> <td>伸 展</td> <td></td> <td></td> <td>伸 展</td> <td></td> <td></td> <td>伸 展</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左回旋</td> <td></td> <td></td> <td>左回旋</td> <td></td> <td></td> <td>左回旋</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>右回旋</td> <td></td> <td></td> <td>右回旋</td> <td></td> <td></td> <td>右回旋</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左側屈</td> <td></td> <td></td> <td>左側屈</td> <td></td> <td></td> <td>左側屈</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>右側屈</td> <td></td> <td></td> <td>右側屈</td> <td></td> <td></td> <td>右側屈</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>												前方椎体高 cm				後方椎体高 cm				度				関節部位	運動方向	自 動	他 動	関節部位	運動方向	自 動	他 動	関節部位	運動方向	自 動	他 動	胸腰部	屈曲	度	度	胸腰部	屈曲	度	度	胸腰部	屈曲	度	度	伸 展			伸 展			伸 展			左回旋			左回旋			左回旋			右回旋			右回旋			右回旋			左側屈			左側屈			左側屈			右側屈			右側屈			右側屈		
	前方椎体高 cm				後方椎体高 cm				度																																																																																				
	関節部位	運動方向	自 動	他 動	関節部位	運動方向	自 動	他 動	関節部位	運動方向	自 動	他 動																																																																																	
	胸腰部	屈曲	度	度	胸腰部	屈曲	度	度	胸腰部	屈曲	度	度																																																																																	
		伸 展				伸 展				伸 展																																																																																			
		左回旋				左回旋				左回旋																																																																																			
右回旋				右回旋				右回旋																																																																																					
左側屈				左側屈				左側屈																																																																																					
右側屈				右側屈				右側屈																																																																																					
部位: 鎖骨・胸骨・ろっ骨・肩こう骨・骨盤骨 1 裸体となつてわかる程度 2 レントゲン写真でわかる程度																																																																																													
荷重機能の障害の原因が明らかに認められる場合に限り、 注 「原因が明らかに認められる場合」: せき柱圧迫骨折・脱臼、せき柱を支える筋肉の麻痺又は項背腰脚部軟組織の明らかで器質的変化を呈し、それらがエックス線写真等により認められるもの 硬性補装具の使用状況:																																																																																													
欠損の部位等を、図示又は説明して下さい。 人工骨頭・人工関節の挿入置換の有無・箇所等を、図示又は説明して下さい。																																																																																													
※ 上肢・下肢の欠損等																																																																																													
上肢・下肢の障害(欠損・変形・短縮・動揺関節等)	<table border="1"> <tr> <th>左下肢長 cm</th> <th>右下肢長 cm</th> <th colspan="2">上肢・下肢の変形</th> </tr> <tr> <td colspan="2">短縮の原因:</td> <td>部位:</td> <td>部位:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>偽関節: 有・無</td> <td>偽関節: 有・無</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>癒合不全: 有・無</td> <td>癒合不全: 有・無</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>部位:</td> <td>部位:</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>長管骨の変形: 有・無</td> <td>長管骨の変形: 有・無</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>変形を外部から想見できる程度: 可・否</td> <td>変形を外部から想見できる程度: 可・否</td> </tr> </table>												左下肢長 cm	右下肢長 cm	上肢・下肢の変形		短縮の原因:		部位:	部位:			偽関節: 有・無	偽関節: 有・無			癒合不全: 有・無	癒合不全: 有・無			部位:	部位:			長管骨の変形: 有・無	長管骨の変形: 有・無			変形を外部から想見できる程度: 可・否	変形を外部から想見できる程度: 可・否																																																					
	左下肢長 cm	右下肢長 cm	上肢・下肢の変形																																																																																										
	短縮の原因:		部位:	部位:																																																																																									
			偽関節: 有・無	偽関節: 有・無																																																																																									
		癒合不全: 有・無	癒合不全: 有・無																																																																																										
		部位:	部位:																																																																																										
		長管骨の変形: 有・無	長管骨の変形: 有・無																																																																																										
		変形を外部から想見できる程度: 可・否	変形を外部から想見できる程度: 可・否																																																																																										
動揺関節: 有・無 部位: 部位:																																																																																													
習慣性脱臼(及び弾発ひざ): 有・無 部位: 部位:																																																																																													
硬性補装具の使用状況:																																																																																													



改正後

改正前

備 考	
	機能回復の見込み、その他参考所見： _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
予 後 の 所 見	
	機能回復の見込み、その他参考所見： _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
上記のとおり診断いたします。	
令和 年 月 日 所在地 _____	
医療機関名 _____	
医師名 _____ 印	

- 記入上のご注意
- 1 該当事項に○印をつけ、必要事項をご記入下さい。
  - 2 ※印の項目については、人体図又は空欄を利用して図示又は説明して下さい。
  - 3 聴力障害・視野障害については、オーディオグラム・視野表の検査結果表を添付して下さい。

備 考	
	機能回復の見込み、その他参考所見： _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
予 後 の 所 見	
	機能回復の見込み、その他参考所見： _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
上記のとおり診断いたします。	
平成 年 月 日 所在地 _____	
医療機関名 _____	
医師名 _____ 印	

- 記入上のご注意
- 1 該当事項に○印をつけ、必要事項をご記入下さい。
  - 2 ※印の項目については、人体図又は空欄を利用して図示又は説明して下さい。
  - 3 聴力障害・視野障害については、オーディオグラム・視野表の検査結果表を添付して下さい。

改正後

脳・せき髄等に係るX線写真・CT・MRI等の画像診断結果等に関する意見書

様式2

被災職員名	生年月日	年	月	日	男・女				
災害発生年月日	年	月	日	初診年月日	年	月	日		
障害の原因となった傷病名									
上記傷病が治癒（症状が固定した状態を含む。以下同じ。）となった日									
初診時の主訴及び症状：									
現在までの治療の内容・期間・経過・その他参考となる事項：									
既存障害の有無（有の場合は部位・程度等）									
脳・せき髄等に係るX線写真・CT・MRI等の画像診断結果等：									
麻痺の範囲等	運動障害の範囲	四肢・片（左・右）・対（上肢・下肢）・単（上肢・下肢）							
	性状	弛緩性・痙性・不随意運動性・その他（ ）							
	起因部位	脳・せき髄・末梢神経							
	関節可動域の制限	部位	肩	肘	計	手	腕	膝	足
		運動方向	屈伸	外転	内転	屈伸	屈伸	屈伸	屈伸
		右	(自動)						
		(受)	(他動)						
	徒手筋力テスト(MMT)	部位	肩	肘	計	手	腕	膝	足
		運動	屈伸	外転	内転	屈伸	屈伸	屈伸	屈伸
		右							
左									
感覚障害の範囲	四肢・片（左・右）・対（上肢・下肢）・単（上肢・下肢）								
感覚障害の性状	脱失・鈍麻・その他（ ）								
麻痺の程度	右	上肢	高度・中等度・軽度（ ）						
	左	上肢	高度・中等度・軽度（ ）						
	左	下肢	高度・中等度・軽度（ ）						
	右	下肢	高度・中等度・軽度（ ）						
神経因性腓胝障害又は神経因性直腸障害		有							

改正前

脳・せき髄等に係るX線写真・CT・MRI等の画像診断結果等に関する意見書

様式2

被災職員名	生年月日	昭・平	年	月	日	男・女			
災害発生年月日	昭・平	年	月	日	初診年月日	昭・平	年	月	日
障害の原因となった傷病名									
上記傷病が治癒（症状が固定した状態を含む。以下同じ。）となった日									
初診時の主訴及び症状：									
現在までの治療の内容・期間・経過・その他参考となる事項：									
既存障害の有無（有の場合は部位・程度等）									
脳・せき髄等に係るX線写真・CT・MRI等の画像診断結果等：									
麻痺の範囲等	運動障害の範囲	四肢・片（左・右）・対（上肢・下肢）・単（上肢・下肢）							
	性状	弛緩性・痙性・不随意運動性・その他（ ）							
	起因部位	脳・せき髄・末梢神経							
	関節可動域の制限	部位	肩	肘	計	手	腕	膝	足
		運動方向	屈伸	外転	内転	屈伸	屈伸	屈伸	屈伸
		右	(自動)						
		(受)	(他動)						
	徒手筋力テスト(MMT)	部位	肩	肘	計	手	腕	膝	足
		運動	屈伸	外転	内転	屈伸	屈伸	屈伸	屈伸
		右							
左									
感覚障害の範囲	四肢・片（左・右）・対（上肢・下肢）・単（上肢・下肢）								
感覚障害の性状	脱失・鈍麻・その他（ ）								
麻痺の程度	右	上肢	高度・中等度・軽度（ ）						
	左	上肢	高度・中等度・軽度（ ）						
	左	下肢	高度・中等度・軽度（ ）						
	右	下肢	高度・中等度・軽度（ ）						
神経因性腓胝障害又は神経因性直腸障害		有							

改正後

改正前

能力	程度	障害なし	わずかに喪失	多量に喪失	相当程度喪失	半分程度喪失	大部分喪失	全部喪失
	程度							
高次脳機能障害	意思疎通能力 (理解力、読字力、読算力、記憶力、注意力等)	特に問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
	問題解決能力 (理解力、判断力等)	特に問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
機能障害	作業負荷に対する持続力・持久力	特に問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
	社会行動能力 (協調性等)	特に問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
高次脳機能障害の状態について特筆すべき事項： ..... ..... .....								
介護要否等	種類	介護の要否	介護が必要な場合には、その程度					
	食事	自立・介護が必要						
	入浴	自立・介護が必要						
	用便	自立・介護が必要						
	更衣	自立・介護が必要						
	外出	自立・介護が必要						
	買物	自立・介護が必要						
	会話	自立・介護が必要						
	識字	自立・介護が必要						
	書字	自立・介護が必要						
その他	自立・介護が必要							
その他の身体の障害等の特記事項： ..... ..... ..... ..... .....								

能力	程度	障害なし	わずかに喪失	多量に喪失	相当程度喪失	半分程度喪失	大部分喪失	全部喪失
	程度							
高次脳機能障害	意思疎通能力 (理解力、読字力、読算力、記憶力、注意力等)	特に問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
	問題解決能力 (理解力、判断力等)	特に問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
機能障害	作業負荷に対する持続力・持久力	特に問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
	社会行動能力 (協調性等)	特に問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
高次脳機能障害の状態について特筆すべき事項： ..... ..... .....								
介護要否等	種類	介護の要否	介護が必要な場合には、その程度					
	食事	自立・介護が必要						
	入浴	自立・介護が必要						
	用便	自立・介護が必要						
	更衣	自立・介護が必要						
	外出	自立・介護が必要						
	買物	自立・介護が必要						
	会話	自立・介護が必要						
	識字	自立・介護が必要						
	書字	自立・介護が必要						
その他	自立・介護が必要							
その他の身体の障害等の特記事項： ..... ..... ..... ..... .....								

令和 年 月 日

平成 年 月 日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ ㊞

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ ㊞



改正後

精神症状の状態 (該当する数字に○をしてください)	左記の状態が「有」の場合は、その程度・症状を具体的に記入してください。
I 抑うつ状態 ①有 ②無 (憂うつ気分、思考制止、行動の制止、自殺念慮等)	
II 不安の状態 ①有 ②無 (恐怖、強迫、不安、焦燥感等)	
III 意欲低下の状態 ①有 ②無 (自発性の低下、興味の喪失等)	
IV 慢性化した幻覚・妄想性状態 ①有 ②無 (幻覚、妄想、思考障害、奇異な行為等)	
V 記憶又は知的能力の障害 ①有 ②無 (記憶障害、知的能力障害についての症度別)	
VI その他の障害 ①有 ②無 (衝動性の障害、不定愁訴等)	
動労意欲の状態(該当するものの番号に○をしてください) ① 正常 ② 意欲低下 ③ 欠落 【意欲低下の程度・状態： _____】	
能力低下の状態(該当する数字に○をし、②及び③の場合は具体的な状態を記入してください)	
I 身辺日常生活： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
II 仕事、生活に積極性・関心を持つこと： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
III 通勤・勤務時間の遵守： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
IV 普通に作業を継続すること： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
V 他人との意思伝達： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
VI 対人関係・協調性： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
VII 身辺の安全保持・危機の回避： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
VIII 困難・失敗への対応： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
ロールシャッハテスト等の検査結果： _____ _____ _____ _____	
アフターケアの要否・内容等： _____ _____ _____	

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ ㊞

改正前

精神症状の状態 (該当する数字に○をしてください)	左記の状態が「有」の場合は、その程度・症状を具体的に記入してください。
I 抑うつ状態 ①有 ②無 (憂うつ気分、思考制止、行動の制止、自殺念慮等)	
II 不安の状態 ①有 ②無 (恐怖、強迫、不安、焦燥感等)	
III 意欲低下の状態 ①有 ②無 (自発性の低下、興味の喪失等)	
IV 慢性化した幻覚・妄想性状態 ①有 ②無 (幻覚、妄想、思考障害、奇異な行為等)	
V 記憶又は知的能力の障害 ①有 ②無 (記憶障害、知的能力障害についての症度別)	
VI その他の障害 ①有 ②無 (衝動性の障害、不定愁訴等)	
動労意欲の状態(該当するものの番号に○をしてください) ① 正常 ② 意欲低下 ③ 欠落 【意欲低下の程度・状態： _____】	
能力低下の状態(該当する数字に○をし、②及び③の場合は具体的な状態を記入してください)	
I 身辺日常生活： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
II 仕事、生活に積極性・関心を持つこと： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
III 通勤・勤務時間の遵守： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
IV 普通に作業を継続すること： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
V 他人との意思伝達： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
VI 対人関係・協調性： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
VII 身辺の安全保持・危機の回避： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
VIII 困難・失敗への対応： _____	①適切又は概ねできる ②時に助言・援助が必要 ③しばしば助言・援助が必要 ④できない
ロールシャッハテスト等の検査結果： _____ _____ _____ _____	
アフターケアの要否・内容等： _____ _____ _____	

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ ㊞

改正後

日常生活状況申立書

様式4

※ 家族、介護者等が記入し、具体的状況については別紙を用いてください。

被災者・職員・兵名、作成年月日、金租年月日、就労状況の質問表。1-51の項目があり、回答欄は「できる」「どうにかできる」「補助が必要」「できない」のいずれかを選択する。

改正前

日常生活状況申立書

様式4

※ 家族、介護者等が記入し、具体的状況については別紙を用いてください。

被災者・職員・兵名、作成年月日、平成年月日、就労状況の質問表。1-51の項目があり、回答欄は「できる」「どうにかできる」「補助が必要」「できない」のいずれかを選択する。

平成14年勤補—103 新旧対照表（令和元年職補—6 第2項関係）

（下線部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p style="text-align: center;">記</p> <p>I (略)</p> <p>1 (略)</p> <p>2 介護券は、次の方法により交付するものとする。</p> <p>(1) 介護券は、1週間（日曜日から土曜日までのいわゆる暦週をいう。）を単位とする期間ごとに3枚の範囲内で、1か月間（その月の初日から末日までをいう。ただし、被災職員の希望する期間が1月に満たない場合には当該希望する期間とする。）に必要となると認められる枚数を利用する月の前月の末日までに交付するものとする。2の月にわたる週の分の介護券について、3枚すべてを早い方の月の分として送付するものとする（例えば、<u>令和元年5月</u>の場合、<u>5月から6月</u>にわたる週の分の介護券については、<u>5月分</u>として送付することとなり、送付する介護券の枚数は、最大限、週3回5週間分の15枚ということになる。）。なお、実際に送付する枚数は、被災職員の利用頻度等を考慮し、適宜判断するものとする。</p> <p>(2) 介護券の有効期限は、当該介護券の利用予定日の属する年度の3月31日（その日より被災職員の希望する期間の最終日が早い場合には、当該期間の最終日）までとする。実施機関は、当該年度で区切って被災職員ごとに発行番号（年度－3けた）（<u>令和元年度</u>で1枚目の場合の例：<u>1－001</u>）を介護券に付すとともに、年度ごとに介護券交付整理簿（別添様式2）を作成して、介護券の管理を行うものとする。</p> <p>(3) (略)</p> <p>3～7 (略)</p> <p>II及びIII (略)</p>	<p style="text-align: center;">記</p> <p>I (同左)</p> <p>1 (同左)</p> <p>2 介護券は、次の方法により交付するものとする。</p> <p>(1) 介護券は、1週間（日曜日から土曜日までのいわゆる暦週をいう。）を単位とする期間ごとに3枚の範囲内で、1か月間（その月の初日から末日までをいう。ただし、被災職員の希望する期間が1月に満たない場合には当該希望する期間とする。）に必要となると認められる枚数を利用する月の前月の末日までに交付するものとする。2の月にわたる週の分の介護券について、3枚すべてを早い方の月の分として送付するものとする（例えば、<u>平成14年4月</u>の場合、<u>4月から5月</u>にわたる週の分の介護券については、<u>4月分</u>として送付することとなり、送付する介護券の枚数は、最大限、週3回5週間分の15枚ということになる。）。なお、実際に送付する枚数は、被災職員の利用頻度等を考慮し、適宜判断するものとする。</p> <p>(2) 介護券の有効期限は、当該介護券の利用予定日の属する年度の3月31日（その日より被災職員の希望する期間の最終日が早い場合には、当該期間の最終日）までとする。実施機関は、当該年度で区切って被災職員ごとに発行番号（年度－3けた）（<u>平成14年度</u>で1枚目の場合の例：<u>14－001</u>）を介護券に付すとともに、年度ごとに介護券交付整理簿（別添様式2）を作成して、介護券の管理を行うものとする。</p> <p>(3) (同左)</p> <p>3～7 (同左)</p> <p>II及びIII (同左)</p>

改正前

別添様式1(義)

介護券 (介護人用)

発行番号 \_\_\_\_\_

割印

- 利用者名 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 発行日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 有効期限 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- 発行者 実施機関の長 ○ ○ ○ ○ 印

※ 利用者記入欄

- 介護を受けた日時  
平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 午前 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 ~ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分
- 受けたサービスの内容 (□ 介護サービス □ 家事援助サービス)
- 介護又は家事援助サービスに係る資金及び交通費から自己負担額(資金の3割相当額)を差し引いた額の受領を(介護人氏名) \_\_\_\_\_ に委任します。  
利用者住所 \_\_\_\_\_  
利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 介護人記入欄 (実施機関提出までに記入してください。)

- 利用者宅までの送迎図及び交通費 \_\_\_\_\_ 円

介護人住所 \_\_\_\_\_ 印  
介護人氏名 \_\_\_\_\_ 印

振込先金融機関	銀行	支店	口座種別	□普通預金 □当座預金
金融機関名				
口座番号		預金名義者		

介護券 (紹介所用)

発行番号 \_\_\_\_\_

割印

- 利用者名 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 発行日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 有効期限 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- 発行者 実施機関の長 ○ ○ ○ ○ 印

※ 利用者記入欄

- 介護を受けた日時  
平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 午前 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 ~ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分
- 受けたサービスの内容 (□ 介護サービス □ 家事援助サービス)
- 介護人の紹介に要する手数料の受領を(紹介所名) \_\_\_\_\_ に委任します。  
利用者住所 \_\_\_\_\_  
利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 紹介所記入欄 (実施機関提出までに記入してください。)

【ホームヘルプ費用の内訳】  

賃金	円	合計	円
交通費	円		
受付手数料	円		
紹介手数料	円		
労務保険料	円		
特別加入保険料	円		
に充てる手数料	円		

振込先金融機関	銀行	支店	口座種別	□普通預金 □当座預金
金融機関名				
口座番号		預金名義者		

改正後

別添様式1(義)

介護券 (介護人用)

発行番号 \_\_\_\_\_

割印

- 利用者名 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 発行日 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 有効期限 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- 発行者 実施機関の長 ○ ○ ○ ○ 印

※ 利用者記入欄

- 介護を受けた日時  
令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 午前 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 ~ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分
- 受けたサービスの内容 (□ 介護サービス □ 家事援助サービス)
- 介護又は家事援助サービスに係る資金及び交通費から自己負担額(資金の3割相当額)を差し引いた額の受領を(介護人氏名) \_\_\_\_\_ に委任します。  
利用者住所 \_\_\_\_\_  
利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 介護人記入欄 (実施機関提出までに記入してください。)

- 利用者宅までの送迎図及び交通費 \_\_\_\_\_ 円

介護人住所 \_\_\_\_\_ 印  
介護人氏名 \_\_\_\_\_ 印

振込先金融機関	銀行	支店	口座種別	□普通預金 □当座預金
金融機関名				
口座番号		預金名義者		

介護券 (紹介所用)

発行番号 \_\_\_\_\_

割印

- 利用者名 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 発行日 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 有効期限 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- 発行者 実施機関の長 ○ ○ ○ ○ 印

※ 利用者記入欄

- 介護を受けた日時  
令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 午前 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 ~ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分
- 受けたサービスの内容 (□ 介護サービス □ 家事援助サービス)
- 介護人の紹介に要する手数料の受領を(紹介所名) \_\_\_\_\_ に委任します。  
利用者住所 \_\_\_\_\_  
利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 紹介所記入欄 (実施機関提出までに記入してください。)

【ホームヘルプ費用の内訳】  

賃金	円	合計	円
交通費	円		
受付手数料	円		
紹介手数料	円		
労務保険料	円		
特別加入保険料	円		
に充てる手数料	円		

振込先金融機関	銀行	支店	口座種別	□普通預金 □当座預金
金融機関名				
口座番号		預金名義者		

別添様式1(義)

介護券 (介護人用)

発行番号 \_\_\_\_\_

割印

- 利用者名 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 発行日 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 有効期限 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- 発行者 実施機関の長 ○ ○ ○ ○ 印

※ 利用者記入欄

- 介護を受けた日時  
令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 午前 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 ~ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分
- 受けたサービスの内容 (□ 介護サービス □ 家事援助サービス)
- 介護又は家事援助サービスに係る資金及び交通費から自己負担額(資金の3割相当額)を差し引いた額の受領を(介護人氏名) \_\_\_\_\_ に委任します。  
利用者住所 \_\_\_\_\_  
利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 介護人記入欄 (実施機関提出までに記入してください。)

- 利用者宅までの送迎図及び交通費 \_\_\_\_\_ 円

介護人住所 \_\_\_\_\_ 印  
介護人氏名 \_\_\_\_\_ 印

振込先金融機関	銀行	支店	口座種別	□普通預金 □当座預金
金融機関名				
口座番号		預金名義者		

発行番号 \_\_\_\_\_

割印

- 利用者名 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 発行日 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 有効期限 \_\_\_\_\_ 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- 発行者 実施機関の長 ○ ○ ○ ○ 印

※ 利用者記入欄

- 介護を受けた日時  
令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 午前 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 ~ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分
- 受けたサービスの内容 (□ 介護サービス □ 家事援助サービス)
- 介護人の紹介に要する手数料の受領を(紹介所名) \_\_\_\_\_ に委任します。  
利用者住所 \_\_\_\_\_  
利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※ 紹介所記入欄 (実施機関提出までに記入してください。)

【ホームヘルプ費用の内訳】  

賃金	円	合計	円
交通費	円		
受付手数料	円		
紹介手数料	円		
労務保険料	円		
特別加入保険料	円		
に充てる手数料	円		

振込先金融機関	銀行	支店	口座種別	□普通預金 □当座預金
金融機関名				
口座番号		預金名義者		

「協 定 書」 新 旧 対 照 表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p style="text-align: center;">協 定 書</p> <p>第1条～第19条 (略)</p> <p>第20条 この協定の有効期限は、<u>令和元年5月17日から令和2年3月31日まで</u>とする。ただし、有効期間満了1か月前までに、甲又は乙から意思表示がないときは、さらに向こう1年間引き続き効力を有するものとし、それ以後の満了の場合も同様とする。</p> <p>第21条 (略)</p> <p>この協定の締結を証するため、本書を二通作成し、双方記名押印の上、各自一通を保有するものとする。</p> <p><u>令和元年5月17日</u></p> <p>甲 人事院事務総局職員福祉局 局 長 <u>合 田 秀 樹</u> 印</p> <p>乙 公益社団法人 日本看護家政紹介事業協会 会 長 <u>戸 莉 利 和</u> 印</p>	<p style="text-align: center;">協 定 書</p> <p>第1条～第19条 (同左)</p> <p>第20条 この協定の有効期限は、<u>平成26年4月1日から平成27年3月31日まで</u>とする。ただし、有効期間満了1か月前までに、甲又は乙から意思表示がないときは、さらに向こう1年間引き続き効力を有するものとし、それ以後の満了の場合も同様とする。</p> <p>第21条 (同左)</p> <p>この協定の締結を証するため、本書を二通作成し、双方記名押印の上、各自一通を保有するものとする。</p> <p><u>平成26年4月1日</u></p> <p>甲 人事院事務総局職員福祉局 局 長 <u>井 上 利</u> 印</p> <p>乙 公益社団法人 日本看護家政紹介事業協会 会 長 <u>田 尻 博</u> 印</p>

別紙様式1 (表)

発行番号

介護券 (介護人用)

割印

- 利用者名 \_\_\_\_\_
- 発行日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 有効期限 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- 発行者 実施機関の長 ○ ○ ○ ○印

- 利用者名 \_\_\_\_\_
- 発行日 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 有効期限 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- 発行者 実施機関の長 ○ ○ ○ ○印

※ 利用者記入欄

5 介護を受けた日時

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 午前 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 ~ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分

6 受けたサービスの内容 (□ 介護サービス □ 家事援助サービス)

7 介護又は家事援助サービスに係る資金及び交通費から自己負担額(資金の3割相当額)を差引いた額の受給を(介護人氏名) \_\_\_\_\_ に委任します。

利用者(住所) \_\_\_\_\_  
利用者氏名 \_\_\_\_\_

※ 利用者記入欄

5 介護を受けた日時

平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 午前 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 ~ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分

6 受けたサービスの内容 (□ 介護サービス □ 家事援助サービス)

7 介護人の紹介に要する手数料の受給を(紹介所名) \_\_\_\_\_ に委任します。

利用者(住所) \_\_\_\_\_  
利用者氏名 \_\_\_\_\_

※ 紹介所記入欄 (実施機関提出までに記入してください。)

[ホームページ費用の内訳]

資金	円
交通費	円
受付手数料	円
紹介手数料	円
労務保険料加入保険料	円
に差引いた額の手数料	円
合計	円

振込先金融機関

金融機関名	銀行	支店	口座種別	□普通預金	□当座預金
口座番号	預金名義者				

振込先金融機関

金融機関名	銀行	支店	口座種別	□普通預金	□当座預金
口座番号	預金名義者				

改正前

別紙様式1 (表)

発行番号

介護券 (介護人用)

割印

- 利用者名 \_\_\_\_\_
- 発行日 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 有効期限 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- 発行者 実施機関の長 ○ ○ ○ ○印

- 利用者名 \_\_\_\_\_
- 発行日 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日
- 有効期限 令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日まで
- 発行者 実施機関の長 ○ ○ ○ ○印

※ 利用者記入欄

5 介護を受けた日時

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 午前 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 ~ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分

6 受けたサービスの内容 (□ 介護サービス □ 家事援助サービス)

7 介護又は家事援助サービスに係る資金及び交通費から自己負担額(資金の3割相当額)を差引いた額の受給を(介護人氏名) \_\_\_\_\_ に委任します。

利用者(住所) \_\_\_\_\_  
利用者氏名 \_\_\_\_\_

※ 利用者記入欄

5 介護を受けた日時

令和 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 午前 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分 ~ 午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分

6 受けたサービスの内容 (□ 介護サービス □ 家事援助サービス)

7 介護人の紹介に要する手数料の受給を(紹介所名) \_\_\_\_\_ に委任します。

利用者(住所) \_\_\_\_\_  
利用者氏名 \_\_\_\_\_

※ 紹介所記入欄 (実施機関提出までに記入してください。)

[ホームページ費用の内訳]

資金	円
交通費	円
受付手数料	円
紹介手数料	円
労務保険料加入保険料	円
に差引いた額の手数料	円
合計	円

振込先金融機関

金融機関名	銀行	支店	口座種別	□普通預金	□当座預金
口座番号	預金名義者				

振込先金融機関

金融機関名	銀行	支店	口座種別	□普通預金	□当座預金
口座番号	預金名義者				

改正後

改正後

別紙様式2

ホームヘルプサービス費用支給申請書

1号紙

		申請 回数 第 回	
(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日 令和 年 月 日	
..... 殿 下記のホームヘルプサービス費用の支給を受けた いで申請します。		申請者の住所 ..... 氏 名 .....	
(ホームヘルプサービス費用の受領委任) この申請書によるホームヘルプサービス費用の受領を.....に委任します。 氏 名 .....			
(委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この申請書によるホームヘルプサービス費用の支払を請求します。 請求者の住所..... 氏 名 .....			
1 (所属部局)		2 (官職) □常 勤 ( ) □非常勤 ( )	
3 (福祉事業の実施の承認年月日)		令和 年 月 日	
4 (受けている補償の種類) □ 傷病補償年金 (第 級) □ 障害補償年金 (第 級)		5 (年金証書の番号) 第 号	
6 申請に係る期間		令和 年 月 分	
7 介護人の賃金等	内訳は「11介護人の賃金等の証明」欄記載のとおり	円	
8 紹介手数料等	内訳は「12介護人の紹介手数料等の証明」欄記載のとおり	円	
9 介護事業者の費用	内訳は「13介護事業者の費用の証明」欄記載のとおり	円	
10 ホームヘルプサービス費用支給申請額		円	
※受理	※決定	※支払	※決定金額
令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	円

注1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する口にし印を記入すること。

- 「(ホームヘルプサービス費用の受領委任)」の欄には、介護等を行った介護人、介護人の紹介を行った職業紹介所又は介護等の供与を行った介護事業者にホームヘルプサービス費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した介護人、職業紹介所又は介護事業者の証明書を添付してもよい。

改正前

別紙様式2

ホームヘルプサービス費用支給申請書

1号紙

		申請 回数 第 回	
(実施機関の長の官職氏名)		申請年月日 平成 年 月 日	
..... 殿 下記のホームヘルプサービス費用の支給を受けた いで申請します。		申請者の住所 ..... 氏 名 .....	
(ホームヘルプサービス費用の受領委任) この申請書によるホームヘルプサービス費用の受領を.....に委任します。 氏 名 .....			
(委任に基づく支払請求) 上記委任に基づき、この申請書によるホームヘルプサービス費用の支払を請求します。 請求者の住所..... 氏 名 .....			
1 (所属部局)		2 (官職) □常 勤 ( ) □非常勤 ( )	
3 (福祉事業の実施の承認年月日)		平成 年 月 日	
4 (受けている補償の種類) □ 傷病補償年金 (第 級) □ 障害補償年金 (第 級)		5 (年金証書の番号) 第 号	
6 申請に係る期間		平成 年 月 分	
7 介護人の賃金等	内訳は「11介護人の賃金等の証明」欄記載のとおり	円	
8 紹介手数料等	内訳は「12介護人の紹介手数料等の証明」欄記載のとおり	円	
9 介護事業者の費用	内訳は「13介護事業者の費用の証明」欄記載のとおり	円	
10 ホームヘルプサービス費用支給申請額		円	
※受理	※決定	※支払	※決定金額
平成 年 月 日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	円

注1 申請者は、※印の欄には記入しないこと。該当する口にし印を記入すること。

- 「(ホームヘルプサービス費用の受領委任)」の欄には、介護等を行った介護人、介護人の紹介を行った職業紹介所又は介護等の供与を行った介護事業者にホームヘルプサービス費用の受領を委任しようとする場合にのみ記載し、その他の場合には記入しないこと。
- 2号紙、3号紙又は4号紙の記入に代えて同様事項を記載した介護人、職業紹介所又は介護事業者の証明書を添付してもよい。

(日本工業規格A列4)



改正後

別紙様式4

3号紙

※12 介護人の紹介手数料等の証明			(介護等を受けた者の氏名)				
実施年月日	時間帯	介護等の種類	紹介手数料	受付手数料	合計	紹介人氏名	
1 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
2 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
3 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
4 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
5 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
6 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
7 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
8 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
9 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
10 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
11 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
12 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
13 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
14 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
15 令和 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
介護人の紹介手数料等の合計						円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 職業紹介所の {所在地 名称 代表者氏名							

改正前

別紙様式4

3号紙

※12 介護人の紹介手数料等の証明			(介護等を受けた者の氏名)				
実施年月日	時間帯	介護等の種類	紹介手数料	受付手数料	合計	紹介人氏名	
1 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
2 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
3 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
4 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
5 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
6 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
7 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
8 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
9 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
10 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
11 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
12 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
13 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
14 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
15 平成 年 月 日	時 分 時 分	<input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 家事援助	円	円	円	円	
介護人の紹介手数料等の合計						円	
上記の事項は事実と相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 職業紹介所の {所在地 名称 代表者氏名							

「ホームヘルプ費用等に関する覚書」新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p style="text-align: center;">ホームヘルプ費用等に関する覚書</p> <p>人事院事務総局職員福祉局（以下「甲」という。）と公益社団法人日本看護家政紹介事業協会（以下「乙」という。）とは、<u>令和元年5月17日</u>付け締結のホームヘルパー等の紹介に関する協定書に附帯する覚書として、次のとおり定める。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1～2 （略）</p> <p>3 実施時期 この覚書は、<u>令和元年5月17日</u>から実施するものとする。</p> <p><u>令和元年5月17日</u></p> <p>甲 人事院事務総局職員福祉局 局長 <u>合田秀樹</u> <span style="float: right;">印</span></p> <p>乙 公益社団法人 日本看護家政紹介事業協会 会長 <u>戸莉利和</u> <span style="float: right;">印</span></p>	<p style="text-align: center;">ホームヘルプ費用等に関する覚書</p> <p>人事院事務総局職員福祉局（以下「甲」という。）と公益社団法人日本看護家政紹介事業協会（以下「乙」という。）とは、<u>平成26年4月1日</u>付け締結のホームヘルパー等の紹介に関する協定書に附帯する覚書として、次のとおり定める。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1～2 （同左）</p> <p>3 実施時期 この覚書は、<u>平成26年4月1日</u>から実施するものとする。</p> <p><u>平成26年4月1日</u></p> <p>甲 人事院事務総局職員福祉局 局長 <u>井上利</u> <span style="float: right;">印</span></p> <p>乙 公益社団法人 日本看護家政紹介事業協会 会長 <u>田尻博</u> <span style="float: right;">印</span></p>

平成2年職補—95 新旧対照表（令和元年職補—6 第3項関係）

（傍線部分は改正部分）

改正後					改正前				
年金支給決定の承認申請に際し添付する資料一覧					年金支給決定の承認申請に際し添付する資料一覧				
[各年金に共通]					[各年金に共通]				
	資料	様式等	趣旨・関係法令	留意点		資料	様式等	趣旨・関係法令	留意点
1	年金請求書		請求の確認（規則16-4の運用について 別紙第3、第5、第9）		1	年金請求書	<u>人事院様式</u>	請求の確認（規則16-4の運用について 別紙第3、第5、第9）	
2	特別給付金申請書		申請の確認（規則16-4の運用について 別紙第3、第5、第9）		2	特別給付金申請書	<u>人事院様式</u>	申請の確認（規則16-4の運用について 別紙第3、第5、第9）	
3	平均給与額算定書		平均給与額の確認（規則16-4の運用について 別紙第8）		3	平均給与額算定書	<u>人事院様式</u>	平均給与額の確認（規則16-4の運用について 別紙第8）	
4 ～ 11	（略）				4 ～ 11	（同左）			
[遺族補償年金の場合]					[遺族補償年金の場合]				
	資料	様式等	趣旨・関係法令	留意点		資料	様式等	趣旨・関係法令	留意点
12 ～ 15	（略）				12 ～ 15	（同左）			
[傷病・障害補償年金の場合]					[傷病・障害補償年金の場合]				
	資料	様式等	趣旨・関係法令	留意点		資料	様式等	趣旨・関係法令	留意点
12 ～ 14	（略）				12 ～ 14	（同左）			
（備考）行政執行人及び日本郵政株式会社にあつては、上記資料又はそれに相当する資料を添付すること。					（備考）特定独立行政法人及び日本郵政株式会社にあつては、上記資料又はそれに相当する資料を添付すること。				



改正後		改正前	
療養経過報告書（参考3）		療養経過報告書（参考3）	
<p>令和元. 5. 1</p> <p>6. 3</p> <p>2. 3.31</p> <p>10.30</p> <p>3. 2</p> <p>8. 5</p> <p>10. 5</p>	<p>被災（交通事故）。</p> <p>〇〇病院に入院。（傷病名：急性硬膜下血腫）</p> <p>〈意識不明状態〉</p> <p>血腫除去術施行。</p> <p>頭蓋骨形成術施行。</p> <p>△△病院に転医。</p> <p>リハビリ（歩行訓練、日常生活動作）開始。</p> <p>〈両上下肢不全麻痺、構音障害〉</p> <p>傷病補償年金移行。（傷病等級第1級第3号該当）</p> <p>〈杖により10～20m歩行可能になる。〉</p> <p>同院退院。以後週2回、通院によりリハビリ継続。</p> <p>〈家人の介助により車いすを使用し、通院。〉</p> <p>治癒（症状固定）。</p> <p>障害補償年金。（障害等級第1級第3号該当）</p>	<p>平成元. 4.30</p> <p>5. 1</p> <p>6. 3</p> <p>2. 3.31</p> <p>10.30</p> <p>3. 2</p> <p>8. 5</p> <p>10. 5</p>	<p>被災（交通事故）。</p> <p>〇〇病院に入院。（傷病名：急性硬膜下血腫）</p> <p>〈意識不明状態〉</p> <p>血腫除去術施行。</p> <p>頭蓋骨形成術施行。</p> <p>△△病院に転医。</p> <p>リハビリ（歩行訓練、日常生活動作）開始。</p> <p>〈両上下肢不全麻痺、構音障害〉</p> <p>傷病補償年金移行。（傷病等級第1級第3号該当）</p> <p>〈杖により10～20m歩行可能になる。〉</p> <p>同院退院。以後週2回、通院によりリハビリ継続。</p> <p>〈家人の介助により車いすを使用し、通院。〉</p> <p>治癒（症状固定）。</p> <p>障害補償年金。（障害等級第1級第3号該当）</p>
<p>(注) 1 医師の診断書、療養補償請求書、療養・障害の現状報告書等に基づき、医療機関、治療期間、主な治療内容、症状の経過を簡単にまとめること。</p> <p>2 障害の状態、程度を〈 〉で示すこと。</p> <p>3 療養・障害の現状報告書及び上記事実を示す主な療養補償請求書を添付すること。</p>		<p>(注) 1 医師の診断書、療養補償請求書、療養・障害の現状報告書等に基づき、医療機関、治療期間、主な治療内容、症状の経過を簡単にまとめること。</p> <p>2 障害の状態、程度を〈 〉で示すこと。</p> <p>3 療養・障害の現状報告書及び上記事実を示す主な療養補償請求書を添付すること。</p>	

改正後

日常生活支障状況調査票(参考 4)

調査年月日 令和 年 月 日

調査担当者 官職

氏名 印

1 全般状況(自由を弁じ得る程度、介護の状況、労働能力の状況等を中心として起床から就寝までの状況)

2 個別の質問事項

	はいいいえ 少し		はいいいえ 少し
<b>○ 上肢の動作に関すること</b>		<b>○ 衣服の着脱に関すること</b>	
1 着ブラシで首を磨けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 シャツを脱いだり着たりできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 とっ手を持ってドアの開閉ができますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 パンツ、ズボンをはき脱いだり履いたりできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 文字を書けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 靴下を脱いだりはいたりできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 タオルを仕上げられますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 ボタンのかけはずしができますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 本のページをめくれますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>○ 理解、感情などに関すること</b>	
6 旅帳にふらさげられますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 今何時だかわかりますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 折り紙を両手をもって書けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 ここはどこだかわかりますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>○ 下肢の動作に関すること</b>		3 外出して1人で自宅に帰れますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 1人で起床し、立ち上がれますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 買い物をしてつり銭の計算はできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 何メートル(分)ぐらいたまげられますか。	( M 分 )	5 いま聞いたことをすぐ忘れがちですか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 自転車に乗れますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 最近の出来事を忘れがちですか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 どんな補装具を使用していますか。	( )	7 知人の名前を覚えて、いますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 補装具を1人で使えますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 物の名前がわかりますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 階段の昇り降りができますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 ちよっとしたことでも立ち出したり	
7 何分ぐらいたまげられますか。	( 分 )	突い出したりしますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 物を持って運べますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10 儲かぬことで興奮しますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>○ 食事に関すること</b>		11 家の人と普通に話ができますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 食卓へ1人で歩いて行けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12 他人と普通に話ができますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 はしを使えますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13 発音は明瞭ですか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 食物を飲みかきながら食べられますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14 相手の話の内容がわかりますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 ナイフでリンゴの皮をむけますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15 電話で用件を伝えられますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 スプーンでスープを飲めますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16 文字や文章を書けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 指で物をつまめますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17 文字を読めますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>○ 入浴に関すること</b>		18 新聞を読んで内容を理解できますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 湯の熱いぬいがわかりますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19 テレビを見て内容を理解できますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 浴槽への出入りはできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20 何もしないことが多いですか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 タオルを使って身体を洗えますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21 頭鳴りやめまいがありますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>○ 用便に関すること</b>		22 意識を失うことがありますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 トイレまで歩いて行けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	23 尿もく歩きまわることがありますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 大便をもらいますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3 小便をもらいますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4 後始末はできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

(注1) 本調査は、神経系統の機能・精神の障害及び知覚・運動機能の障害の程度を把握するためのものです。  
 (注2) 被災者本人、家族又は近親者から聴取して該当欄に記入してください。  
 (注3) 個別の質問は、障害の全般的状況からみて、確認の必要があると思われる事項について行ってください。

改正前

日常生活支障状況調査票(参考 4)

調査年月日 平成 年 月 日

調査担当者 官職

氏名 印

1 全般状況(自由を弁じ得る程度、介護の状況、労働能力の状況等を中心として起床から就寝までの状況)

2 個別の質問事項

	はいいいえ 少し		はいいいえ 少し
<b>○ 上肢の動作に関すること</b>		<b>○ 衣服の着脱に関すること</b>	
1 着ブラシで首を磨けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 シャツを脱いだり着たりできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 とっ手を持ってドアの開閉ができますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 パンツ、ズボンをはき脱いだり履いたりできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 文字を書けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3 靴下を脱いだりはいたりできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 タオルを仕上げられますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 ボタンのかけはずしができますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 本のページをめくれますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>○ 理解、感情などに関すること</b>	
6 旅帳にふらさげられますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 今何時だかわかりますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 折り紙を両手をもって書けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	2 ここはどこだかわかりますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>○ 下肢の動作に関すること</b>		3 外出して1人で自宅に帰れますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 1人で起床し、立ち上がれますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 買い物をしてつり銭の計算はできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 何メートル(分)ぐらいたまげられますか。	( M 分 )	5 いま聞いたことをすぐ忘れがちですか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 自転車に乗れますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6 最近の出来事を忘れがちですか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 どんな補装具を使用していますか。	( )	7 知人の名前を覚えて、いますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 補装具を1人で使えますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	8 物の名前がわかりますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 階段の昇り降りができますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 ちよっとしたことでも立ち出したり	
7 何分ぐらいたまげられますか。	( 分 )	突い出したりしますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 物を持って運べますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	10 儲かぬことで興奮しますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>○ 食事に関すること</b>		11 家の人と普通に話ができますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 食卓へ1人で歩いて行けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12 他人と普通に話ができますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 はしを使えますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	13 発音は明瞭ですか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 食物を飲みかきながら食べられますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	14 相手の話の内容がわかりますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 ナイフでリンゴの皮をむけますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15 電話で用件を伝えられますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 スプーンでスープを飲めますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	16 文字や文章を書けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 指で物をつまめますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	17 文字を読めますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>○ 入浴に関すること</b>		18 新聞を読んで内容を理解できますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 湯の熱いぬいがわかりますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	19 テレビを見て内容を理解できますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 浴槽への出入りはできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20 何もしないことが多いですか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 タオルを使って身体を洗えますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21 頭鳴りやめまいがありますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>○ 用便に関すること</b>		22 意識を失うことがありますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1 トイレまで歩いて行けますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	23 尿もく歩きまわることがありますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 大便をもらいますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3 小便をもらいますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4 後始末はできますか。	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

(注1) 本調査は、神経系統の機能・精神の障害及び知覚・運動機能の障害の程度を把握するためのものです。  
 (注2) 被災者本人、家族又は近親者から聴取して該当欄に記入してください。  
 (注3) 個別の質問は、障害の全般的状況からみて、確認の必要があると思われる事項について行ってください。