

(裏面)

連絡先

勤務先 (昼間等の 連絡先)	名 称	所 属	電 話 番 号
その他 (帰省先等の 連絡先)	名称又は 氏 名	受験者との関係	電 話 番 号

受験資格及び添付書類一覧

区 分	受 験 資 格		提 出 書 類
大学等	指 定 科	大学の卒業者又は学校教育法第 102 条第 2 項の規定により大学院への入学を認められた者 (精神保健福祉士法 (以下「法」という。) 第 7 条第 1 号)	・ 卒業証明書若しくは卒業見込証明書又は学校教育法第 102 条第 2 項の規定により大学院への入学を認められた者であることを証明する書面 ・ 指定科目履修証明書又は指定科目履修見込証明書
短大等 (3 年制) ＋ 実務経験 (1 年以上)	目 履 修	短期大学等 (3 年制) の卒業者で 1 年以上の実務経験を有するもの (法第 7 条第 4 号)	・ 卒業証明書又は修了証明書 ・ 指定科目履修証明書 ・ 実務経験証明書又は実務経験見込証明書
短大等 (2 年制) ＋ 実務経験 (2 年以上)	者	短期大学等 (2 年制) の卒業者で 2 年以上の実務経験を有するもの (法第 7 条第 7 号)	・ 卒業証明書又は修了証明書 ・ 指定科目履修証明書 ・ 実務経験証明書又は実務経験見込証明書
養成施設	養成施設 (短期又は一般) の卒業者 (法第 7 条第 2 号、第 3 号、第 5 号、第 6 号、第 8 号、第 9 号、第 10 号又は第 11 号)		・ 卒業証明書又は卒業見込証明書

備考

- 1 該当する□は、☒と記入すること。
- 2 整理番号欄には、記入しないこと。
- 3 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙を貼らないこと。
- 4 この受験申込書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申込書の各欄に記入するときには、必ず HB の鉛筆を使用すること。
また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
- 5 学校教育法第 102 条第 2 項の規定により大学院への入学を認められた者は、卒業年月に代えて、学校教育法第 102 条第 2 項の規定による大学院への入学年月を記載すること。
- 6 過去の精神保健福祉士国家試験の受験票の交付を受けた者(実務経験見込証明書、卒業見込証明書、指定科目履修見込証明書の提出より当該受験票の交付を受けた者であって、実務経験証明書、卒業証明書、指定科目履修証明書を提出していないもの及び法附則第 2 条(5 年以上の実務経験者で、厚生労働大臣の指定する講習会を修了したもの)の規定により受験票の交付を受けたものを除く。)については、当該受験票の提出をもって実務経験証明書、卒業証明書、指定科目履修証明書の提出に代えることができる。
- 7 実務経験証明書にあっては、勤務先の長が、卒業証明書及び指定科目履修証明書にあっては、学校等の長が、発行したものであること。
- 8 実務経験見込証明書の提出をもって申し込む者は、実務経験後、遅滞なく、実務経験証明書を提出すること。
- 9 卒業見込証明書又は指定科目履修見込証明書の提出をもって申し込む者は、卒業後、遅滞なく、卒業証明書又は指定科目履修証明書を提出すること。
- 10 社会福祉士であって、試験科目の免除を申請する者は、社会福祉士登録証の写しを提出すること。
- 11 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
- 12 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とすること。

様式第二（第11条関係）

様式第三及び様式第四中「平成」を「令和」に改める。

様式第二を次のように改める。

精神保健福祉士登録申請書																									
フリガナ														性別		□男 □女									
氏 名		(姓)						(名)																	
生年月日		□明治□大正												本 籍 地 (外国籍の場合は、その国籍)		都道府県		本籍地コード							
		□昭和□平成																							
		□令和																							
フリガナ																									
現住所		都 道 府 県																							
郵便番号						電話番号																			
精神保健福祉士試験に合格した年月										□平成 □令和				年		月		試験合格証書番号							
その他の		☐ 成年被後見人又は被保佐人																							
		☐ 禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者																							
		☐ 精神保健福祉士法（以下「法」という。）の規定その他精神障害者の保健又は福祉に関する法律の規定であつて政令で定めるもの（精神保健福祉士法施行令第1条）により、罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなった日から起算して2年を経過しない者																							
		☐ 法第32条第1項第2号又は第2項の規定により登録を取り消され、その取消しの日から起算して2年を経過しない者																							
私は、精神保健福祉士の登録を受けたいので、上記の事項について、虚偽の記載をせず、かつ、事実を隠ぺいしていないことを誓い、精神保健福祉士法施行規則第11条の規定により申請します。																									
令和 年 月 日																									
厚生労働大臣 殿																									
指定登録機関代表者																									
氏名 ⑩																									
収入印紙 (消印しないこと。)																									
又は領収証書をはること。																									

- 備考
- 該当する□は、☒と記入すること。
 - この申請書には、所定の登録免許税に相当する収入印紙又は領収証書をはること。
 - 指定登録機関に申請する場合には、所定の手続により登録手数料を納付すること。
 - この登録申請書は機械で処理するので、折り曲げたり、汚したりしないこと。申請書の各欄に記入するときには、必ずHBの鉛筆を使用すること。また、文字等の訂正をする場合には、プラスチック消しゴムを使用し、消し残りのないように完全に消すこと。
 - 氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載すること。
 - 用紙の大きさは、日本工業規格A4とすること。

（言語聴覚士法施行規則の一部改正）
第七十三条 言語聴覚士法施行規則（平成十年厚生省令第七十四号）の一部を次のように改正する。
様式第一号から様式第五号までを次のように改める。
様式第一号（第一条の三関係）

記入不要	登録番号	
	登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(収入印紙は消印しないで下さい)				

言語聴覚士免許申請書

平成 令和	年	月	施行第	回	言語聴覚士 試験合格	受験地	受験地コード			
							受験番号			

- 罰金以上の刑に処せられたことの有無。（有の場合、その罪、刑及び刑の確定年月日）有・無 _____
- 言語聴覚士の業務に関し犯罪又は不正の行為を行ったことの有無。（有の場合、違反の事実及び年月日）有・無 _____
- 出願後の本籍又は氏名の変更の有無。（有の場合、出願時の本籍又は氏名）有・無 _____

上記により、言語聴覚士免許を申請します。

年 月 日

コード番号			
-------	--	--	--

本籍 (国籍)	都道府県
------------	------

電話	()
----	-----

住所	都道府県	市区	町村	番	番地号
----	------	----	----	---	-----

ふりがな	(氏)	(名)	印	性別	男
氏名	(旧姓)				女
通称名					
旧姓併記の希望	有 ・ 無				

生年月日	昭和 平成 西暦					年				月			日
------	----------------	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿
指定登録機関代表者

記入 不要	登録番号	
	訂正書換え 交付年月日	

収入印紙欄
(収入印紙は消印しないで下さい)

様式第二号（第三条、第五条関係）

言語聴覚士名簿訂正・免許証（免許証明書）書換え交付申請書

登録 番号	第						号	登録 年月日	平成 令和			年		月		日
----------	---	--	--	--	--	--	---	-----------	----------	--	--	---	--	---	--	---

変更を生じた事項

	変	更	前	変	更	後（第1回）	変	更	後（第2回）
コード 番号									
本籍 (国籍)	都道府県			都道府県			都道府県		
ふりがな	(氏)		(名)	(氏)		(名)	(氏)		(名)
氏名									
	(旧姓)		(旧姓)	(旧姓)		(旧姓)	(旧姓)		
通称名									
旧姓併記の希望				有・無			有・無		
生年月日	昭和 平成 令和 西暦		年	昭和 平成 令和 西暦		年			
		月	日		月	日			
性別	男・女			男・女					

変更の理由		※	※						
-------	--	---	---	--	--	--	--	--	--

上記により、言語聴覚士名簿訂正・免許証（免許証明書）書換え交付を申請します。

年 月 日

電話	()														
住所	都道府県			市郡			区			町村			番地号		
氏名				印		生年月日	昭和 平成 令和 西暦				年		月		日

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿

※印の欄は記載しないこと。

記入不要	消除年月日	
------	-------	--

言語聴覚士名簿登録消除申請書

登 番	録 号	第							号	登 年	録 月	日	平 成	令 和			年			月			日
--------	--------	---	--	--	--	--	--	--	---	--------	--------	---	--------	--------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

コ ー ド 番 号			
本 籍 (国 籍)			都 道 府 県

ふ り が な	(氏)	(名)
氏 名		

生 年 月 日	昭 平 令 西	和 成 和 暦						年				月			日
------------------	------------------	------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

消 除 理 由 の 生 じ た 年 月 日	平 成 令 和				年				月			日
---	------------------	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	---

※コ ー ド 番 号		
消 除 理 由	死 亡 ・ 失 踪 ・ そ の 他	

上記により言語聴覚士名簿の登録を消除されたく免許証（免許証明書）及び関係書類を添えて申請します。

年 月 日

電 話	()		
住 所	都 道 市 区 町 村 番 地 号 府 県 郡		
氏 名		印	

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿

※印の欄は記載しないこと。

記入 不要	登録番号	
	登録年月日	

収	入	印	紙	欄
(収入印紙は消印しないで下さい)				

様式第四号（第六条関係）

言語聴覚士免許証（免許証明書）再交付申請書

登 番	録 号	第						号	登 録 年 月 日	平 成 令 和			年		月		日
--------	--------	---	--	--	--	--	--	---	-----------------------	------------------	--	--	---	--	---	--	---

コ ー ド 番 号			
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県		

ふ り が な	(氏)	(名)
氏 名		
	(旧姓)	
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	昭 平 令 西	和 成 和 暦						年			月			日
------------------	------------------	------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

免 許 取 得 資 格	平 成 令 和			年				月 施 行 第			回 言 語 聴 覚 士 国 家 試 験 合 格
----------------------------	------------------	--	--	---	--	--	--	------------------	--	--	--

上記の言語聴覚士免許証（免許証明書）を（破った・汚した・失った）の
で、関係書類を添えて免許証（免許証明書）の再交付を申請します。
年 月 日

電 話	()		
住 所	都 道 府 県	市 郡 区	町 村 番 地 号
氏 名			印

厚生労働大臣
指定登録機関代表者 殿

第七十四条 介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部改正
様式第一及び様式第一の二中「付添」を「添付」に改める。

収入印紙
(消印しないこと。)

言語聴覚士国家試験受験願書

ふりがな					性別	男	受 験 番 号	※
氏 名						女		
生 年 月 日	明 治 大 正 昭 和 平 成 令 和	年 月 日	本 籍 (国籍)	都 道 府 県	受 験 希 望 地			
現 住 所	都道府県							
	市郡区							
	(郵便番号 —) 電話番号 ()							
養成施設名								
最 終 学 歴	学部 (学科) 年卒業 (見込)							
受 験 資 格 (該当項目に○印をつけること。)	資 格 該 当 項 目				添 付 書 類			
	養成施設卒業者 (一般・短期)	法第33条第1号			・ 養成施設修業 (卒業) 証明書			
		法第33条第2号						
		法第33条第3号						
		法第33条第5号						
		法附則第2条			・ 養成施設修業 (卒業) 証明書 ・ 平成10年9月1日現在、養成施設において修業中であったことを証する書類			
	指定科目履修者	法第33条第4号			・ 大学等卒業証明書 ・ 指定科目履修証明書			
外国養成施設卒業者	法第33条第6号			・ 厚生労働大臣による受験資格の認定を証する書類				
実務経験者	法附則第3条			・ 履歴書 ・ 指定講習会修了証明書 ・ 実務経験等を証する書類				
連 絡 先	電話番号 () (内線)							

上記により、言語聴覚士国家試験を受験したいので申し込みます。

令和 年 月 日
厚 生 労 働 大 臣 殿
指定試験機関代表者

氏 名 印

- 備 考
- ※印欄には、記入しないこと。
 - 該当する不動文字を○で囲むこと。
 - 黒ボールペンをうい、かい書ではっきりと記入すること。
 - 指定試験機関に申し込む場合には、所定の手続により受験手数料を納付し、収入印紙ははらないこと。
 - 修業 (卒業) 証明書・指定科目履修証明書・実務経験等を証する書類については、それぞれ学校・養成施設・勤務先の長 (所属長等) の発行に係るものであること。
 - 法附則第2条に該当する者のうち、平成10年9月1日現在、現に養成施設の課程を終えている者にあつては、受験資格を証する添付書類は、養成施設修業 (卒業) 証明書のみでよいこと。
 - 記名押印に代えて、署名することができる。
 - 用紙の大きさは、A4とすること。

様式第二(附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(訪問介護・訪問入浴介護・訪問看護・訪問リハ・居宅療養管理指導・通所介護・通所リハ・福祉用具貸与・定期巡回・随時対応型訪問介護看護・夜間対応型訪問介護・地域密着型通所介護・認知症対応型通所介護・小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・小規模多機能型居宅介護(短期利用)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用以外)・複合型サービス(看護小規模多機能型居宅介護・短期利用)

公費負担者番号										令和				年		月分							
公費受給者番号										保険者番号													
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)											請求事業者	事業所番号										
	氏名												事業所名称										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和				性別	1. 男 2. 女		所在地	〒													
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5											連絡先	電話番号									
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日		から	令和		年		月		日まで						
居宅サービス計画		1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																					
		事業所番号										事業所名称											
開始年月日	1. 平成 2. 令和		年		月		日		中止年月日	令和		年		月		日							
中止理由	1. 非該当 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																						
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	摘要												
給付費明細欄 (住所 地特 例 対象者)	サービス内容	サービスコード				単位数	回数	サービス単位数	公費分回数	公費対象単位数	施設所在 保険者番号	摘要											
請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称																						
	③サービス実日数																						
	④計画単位数																						
	⑤限度額管理対象単位数																						
	⑥限度額管理対象外単位数																						
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)＋⑥																						
	⑧公費分単位数																						
	⑨単位数単価																						
	⑩保険請求額																						
	⑪利用者負担額																						
	⑫公費請求額																						
	⑬公費分本人負担																						
	社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	▲				%		受領すべき利用者負担の総額(円)				軽減額(円)				軽減後利用者負担額(円)				備考		
																	枚中		枚目				

様式第二から様式第九の二までを次のように改める。

様式第二の二(附則第二条関係)

介護予防サービス・地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書

(介護予防訪問入浴介護・介護予防訪問看護・介護予防訪問リハ・介護予防居宅療養管理指導・介護予防通所リハ・介護予防福祉用具貸与・介護予防認知症対応型通所介護・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用以外)・介護予防小規模多機能型居宅介護(短期利用))

[illegible]

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第二の三(附則第二条関係)

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書
(訪問型サービス費・通所型サービス費・その他の生活支援サービス費)

公費負担者番号										令和 年 月 分																																																	
公費受給者番号										保険者番号																																																	
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)																			請求事業者	事業所番号																																						
	氏名																				事業所名称																																						
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和										性別	1. 男 2. 女																																														
	要支援 状態区分等	事業対象者・要支援1・要支援2																			所在地	〒 -																																					
	認定有効 期間	1. 平成 2. 令和										年 月 日 から	令和 年 月 日 まで										連絡先	電話番号																																			
介護予防 サービス 計画		3. 介護予防支援事業者・地域包括支援センター作成																																																									
		事業所 番号																														事業所 名称																											
開始 年月日		令和		年		月		日		中止 年月日		令和		年		月		日																																									
事業費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数		回数		サービス単位数				公費分 回数		公費対象単位数				摘要																																						
事業費明細欄 (住 所 地 特 例 対 象 者)	サービス内容		サービスコード				単位数		回数		サービス単位数				公費分 回数		公費対象単位数				施設所在 保険者番号				摘要																																		
請求額集計欄	①サービス種類コード ／②名称																																																										
	③サービス実日数		日																		日																																						
	④計画単位数																																																										
	⑤限度額管理対象単位数																																																										
	⑥限度額管理対象外単位数																				給付率(／100)																																						
	⑦給付単位数(④⑤のうち少ない数)+⑥																				事業																																						
	⑧公費分単位数																				公費																																						
	⑨単位数単価		▲				円／単位		▲		円／単位				▲		円／単位				▲		円／単位				合計																																
	⑩事業費請求額																																																										
	⑪利用者負担額																																																										
	⑫公費請求額																																																										
	⑬公費分本人負担																																																										
	社会福祉 法人等 による軽減 欄	軽減率	▲		%		受領すべき利用者 負担の総額(円)										軽減額(円)										軽減後利用者 負担額(円)										備考																						

様式第三(附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(短期入所生活介護)

公費負担者番号										令和			年		月分
公費受給者番号										保険者番号					
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)														
	氏名														
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和				性別	1. 男 2. 女								
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5													
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和			年		月			日	から				
					年		月			日	まで				
請求事業者	事業所番号														
	事業所名称														
	所在地	〒				ー									
連絡先	電話番号														
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成														
	事業所番号														
	事業所名称														
入所年月日		令和			年			月			日				
退所年月日		令和			年			月			日				
短期入所 実日数															
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード			単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要					
	合計														
請求額集計欄	区分	保険分				公費分									
	①計画単位数														
	②限度額管理対象単位数														
	③限度額管理対象外単位数														
	④給付単位数														
	⑤単位数単価		▲		円／単位										
	⑥給付率				／100			／100							
	⑦請求額(円)														
	⑧利用者負担額(円)														
特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード			費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額			
	合計														
							保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担月額				
社会福祉法人等による軽減欄	軽減率		▲	%	受領すべき利用者負担の総額(円)	軽減額(円)		軽減後利用者負担額(円)		備考					
	21	短期入所生活介護													

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第三の二(附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防短期入所生活介護)

公費負担者番号

公費受給者番号

令和

年

月分

保険者番号

被保険者

被保険者番号
(フリガナ)

氏名

生年月日

要支援
状態区分

認定有効
期間

1. 明治 2. 大正 3. 昭和

性別

1. 男 2. 女

要支援1・要支援2

1. 平成 2. 令和

年

月

日

から

まで

請求事業者

事業所
番号

事業所
名称

所在地

連絡先

電話番号

介護予防
サービス
計画

2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成

事業所番号

事業所名称

入所年月日

令和

年

月

日

退所年月日

令和

年

月

日

短期入所 実日数

給付費明細欄

サービス内容

サービスコード

単位数

回数
日数

サービス単位数

公費分
回数等

公費対象単位数

摘要

請求額集計欄

区分

保険分

公費分

①計画単位数

②限度額管理対象単位数

③限度額管理対象外単位数

④給付単位数

⑤単位数単価

円/単位

⑥給付率

/100

/100

⑦請求額(円)

⑧利用者負担額(円)

特定入所者介護予防サービス費

サービス内容

サービスコード

費用単価
(円)

負担限度額

日数

費用額(円)

保険分

公費日数

公費分

利用者負担額

社会福祉法人等による
軽減欄

軽減率

%

受領すべき利用者
負担の総額(円)

軽減額(円)

軽減後利用者
負担額(円)

備考

2
4

介護予防短期入所生活介護

枚中

枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第四(附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における短期入所療養介護)

公費負担者番号										令和										年										月分									
公費受給者番号										保険者番号																													
被保険者	被保険者番号																																						
	(フリガナ)																																						
	氏名																																						
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和										性別		1. 男 2. 女																								
	要介護状態区分		要介護1・2・3・4・5																																				
	認定有効期間		1. 平成 2. 令和																																				
居宅サービス計画		1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成																																					
事業所番号																																							
事業所名称																																							
入所年月日		令和																																					
退所年月日		令和																																					
短期入所 実日数																																							
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード				単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要																						
	合計																																						
緊急時施設療養費	緊急時傷病名		① ② ③										緊急時治療開始年月日		①令和 ②令和 ③令和																								
	緊急時治療管理(再掲)		単位				単位×				日																												
	特定治療	リハビリテーション		点				摘要																															
		処置		点																																			
		手術		点																																			
		麻酔		点																																			
		放射線治療		点																																			
合計		点																																					
往診日数		医療機関名				通院日数				医療機関名																													
特別療養費	傷病名																																						
	識別番号		内容				単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要																						
	合計																																						
請求額集計欄	区分		保険分				公費分				保険分特定治療・特別療養費				公費分特定治療・特別療養費																								
	①計画単位数																																						
	②限度額管理対象単位数																																						
	③限度額管理対象外単位数																																						
	④給付点数・単位数																																						
	⑤点数・単位数単価		円／単位				10円／点・単位				10円／点・単位																												
	⑥給付率		／100				／100				／100				／100																								
	⑦請求額(円)																																						
⑧利用者負担額(円)																																							
介護特定入所者サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額																				
	合計																																						
											保険分請求額(円)				公費分請求額				公費分本人負担月額																				

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護老人保健施設における介護予防短期入所療養介護)

[illegible]

様式第四の三(附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(介護医療院における短期入所療養介護)

公費負担者番号										令和				年		月分					
公費受給者番号										保険者番号											
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)											請求事業者	事業所番号								
	氏名												事業所名称								
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和				性別	1. 男 2. 女		所在地	〒											
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5											連絡先	電話番号							
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日		から			令和		年		月		日まで		
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成										入所年月日	令和	年		月		日				
	事業所番号										退所年月日	令和	年		月		日				
	事業所名称										短期入所 実日数										
基本摘要		摘要種類		内容																	
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要						
	合計																				
緊急時施設診療費	緊急時 傷病名	① ② ③		緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×		日		①令和 ②令和 ③令和		年		月		日			
	特定 治療	リハビリテーション			点		摘要														
		処置			点																
		手術			点																
		麻酔			点																
		放射線治療			点																
	合計			点																	
往診日数			医療 機関名				通院日数				医療 機関名										
特別診療費	傷病名																				
	識別番号	内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要							
	合計																				
請求額集計欄	区分		保険分		公費分		保険分特定治療・特別診療費		公費分特定治療・特別診療費												
	①計画単位数																				
	②限度額管理対象単位数																				
	③限度額管理対象外単位数																				
	④給付点数・単位数																				
	⑤点数・単位数単価		円/単位		10円/点・単位		10円/点・単位														
	⑥給付率		/100		/100		/100														
	⑦請求額(円)																				
⑧利用者負担額(円)																					
特定入所者 介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額											
	合計																				
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担 月額											

枚中 枚目

様式第四の四(附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護医療院における介護予防短期入所療養介護)

公費負担者番号												令和				年		月分							
公費受給者番号												保険者番号													
被保険者	被保険者番号 (フリガナ)											請求事業者	事業所番号												
	氏名												事業所名称												
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和						性別	1. 男 2. 女		所在地														
	要支援 状態区分	要支援1・要支援2											連絡先	電話番号											
	認定有効 期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日		から															
		令和		年		月		日		まで															
介護予防 サービス 計画	2. 被保険者自己作成 3. 介護予防支援事業者作成											入所年月日		令和		年		月		日					
	事業所番号											退所年月日		令和		年		月		日					
	事業所名称											短期入所 実日数													
基本摘要		摘要種類		内容																					
給付費用 明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要										
	合計																								
緊急時 施設診療費	緊急時 傷病名		① ② ③		緊急時治療 開始年月日										①令和 ②令和 ③令和		年		月		日				
	緊急時治療管理(再掲)		単位		単位×		日		概要																
	特定 治療	リハビリテーション		点																					
		処置		点																					
		手術		点																					
		麻酔		点																					
		放射線治療		点																					
合計		点																							
往診日数		医療 機関名		通院日数										医療 機関名											
特別 診療費	傷病名																								
	識別番号	内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要											
	合計																								
請求 額集計欄	区分		保険分		公費分		保険分特定治療・特別診療費		公費分特定治療・特別診療費																
	①計画単位数																								
	②限度額管理対象単位数																								
	③限度額管理対象外単位数																								
	④給付点数・単位数																								
	⑤点数・単位数単価		円/単位		10円/点・単位		10円/点・単位																		
	⑥給付率		/100		/100		/100																		
	⑦請求額(円)																								
⑧利用者負担額(円)																									
特定入所者 介護予防サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額															
	合計																								
						保険分 請求額(円)		公費分 請求額		公費分本人負担 月額															
										枚中		枚目													

様式第五(附則第二条関係)

居宅サービス介護給付費明細書
(病院・診療所における短期入所療養介護)

公費負担者番号							
公費受給者番号							

被保険者	被保険者 番号									
	(フリガナ)									
	氏名									
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和			性別	1. 男 2. 女				
	要介護 状態区分	要介護1・2・3・4・5								
	認定有効 期間	1.平成 2.令和		年	月	日	から まで			

居室 サービス 計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成									
	事業所番号									
	事業所名称									

入所年月日	令和	年	月	日
退所年月日	令和	年	月	日

短期入所		実日数	
------	--	-----	--

請求事業者	事業所 番号										
	事業所 名称										
	所在地	〒			-						
	連絡先	電話番号									

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード			単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要
	合計									

特定診療費	傷病 名									
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要		
	合計									

請求額集計欄	区分	保険分			公費分		保険分特定診療費			公費分特定診療費		
	①計画単位数											
	②限度額管理対象単位数											
	③限度額管理対象外単位数											
	④給付単位数											
	⑤単位数単価			円／単位			10円／単位		10円／単位			
	⑥給付率			/100			/100		/100			
	⑦請求額(円)											
⑧利用者負担額(円)												

特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード			費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分		公費日数	公費分	利用者負担額
	合計												
								保険分 請求額(円)			公費分 請求額		公費分本人負担月額

	枚中		枚口
--	----	--	----

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六(附則第二条関係)

地域密着型サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))

公費負担者番号										令和 年 月 分																						
公費受給者番号										保険者番号																						
被保険者	被保険者番号											請求事業者	事業所番号																			
	(フリガナ)												事業所名称																			
	氏名												〒																			
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 性別 1. 男 2. 女											所在地																			
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5											連絡先	電話番号																		
認定有効期間	1. 平成 2. 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで																															
入居年月日	1. 平成 2. 令和 年 月 日										退居年月日	令和 年 月 日										入居実日数	外泊日数									
入居前の状況		1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																														
退居後の状況		1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																														
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード					単位数			回数 日数	サービス単位数				公費分 回数等	公費対象単位数				摘要												
	合計																															
請求額集計欄	区分	保険分										公費分																				
	①単位数合計																															
	②単位数単価	円/単位																														
	③給付率	/100										/100																				
	④請求額(円)																															
	⑤利用者負担額(円)																															
										枚中										枚目												

地域密着型介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防認知症対応型共同生活介護(短期利用以外))

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第六の四(附則第二条関係)

介護予防サービス介護給付費明細書
(介護予防特定施設入居者生活介護)

公費負担者番号										令和 年 月 分													
公費受給者番号										保険者番号													
被保険者	被保険者番号											請求事業者	事業所番号										
	(フリガナ)												事業所名称										
	氏名												〒										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和						性別	1. 男 2. 女		所在地												
	要支援状態区分	要支援1・要支援2											連絡先	電話番号									
認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日				から				まで								
入居年月日	1. 平成 2. 令和		年		月		日		退居年月日		令和 年 月 日		入居実日数		外泊日数								
入居前の状況		1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																					
退居後の状況		1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																					
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数				回数 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要	
合計																							
請求額集計欄	区分	保険分						公費分															
	①外部利用型給付上限単位数																						
	②外部利用型上限管理対象単位数																						
	③外部利用型外給付単位数																						
	④給付単位数																						
	⑤単位数単価	円／単位																					
	⑥給付率	／100						／100															
	⑦請求額(円)																						
⑧利用者負担額(円)																							
		枚中		枚目																			

様式第六の五(附則第二条関係)

地域密着型サービス介護給付費明細書
(認知症対応型共同生活介護(短期利用))

公費負担者番号

公費受給者番号

令和

年

月

保険者番号

被保険者
番号
(フリガナ)

氏名

生年月日

1. 明治 2. 大正 3. 昭和

性別

1. 男 2. 女

要介護
状態区分

要介護1・2・3・4・5

認定有効
期間

1. 平成 2. 令和

年

月

日

から

令和

年

月

日

まで

請求事業
者

事業所
番号

事業所
名称

所在地

〒

連絡先

電話番号

居 宅
サービス
計画

1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成

事業所番号

事業所名称

入居年月日

令和

年

月

日

退居年月日

令和

年

月

日

短期利用

実日数

給付費明細欄

サービス内容

サービスコード

単位数

回数
日数

サービス単位数

公費分
回数等

公費対象単位数

摘要

合計

請求額集計欄

区分

保険分

公費分

①計画単位数

②限度額管理対象単位数

③限度額管理対象外単位数

④給付単位数

⑤単位数単価

円/単位

⑥給付率

/100

/100

⑦請求額(円)

⑧利用者負担額(円)

枚中

枚目

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の六(附則第二条関係)

[illegible]

備考 この用紙は、A列4番とすること。

様式第六の七(附則第二条関係)

居宅サービス・地域密着型サービス介護給付費明細書

(特定施設入居者生活介護(短期利用)・地域密着型特定施設入居者生活介護(短期利用))

公費負担者番号										令和 年 月分													
公費受給者番号										保険者番号													
被保険者	被保険者番号											請求事業者	事業所番号										
	(フリガナ)												事業所名称										
	氏名												〒										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和						性別	1. 男 2. 女		所在地												
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5											連絡先	電話番号									
認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日		から	令和		年		月		日まで							
居宅サービス計画	1. 居宅介護支援事業者作成 2. 被保険者自己作成										入居年月日 令和 年 月 日												
	事業所番号										退居年月日 令和 年 月 日												
	事業所名称										短期利用 実日数												
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数	回数 日数	サービス単位数	公費分 回数等	公費対象単位数	摘要												
		合計																					
請求額集計欄	区分	保険分				公費分																	
	①計画単位数																						
	②限度額管理対象単位数																						
	③限度額管理対象外単位数																						
	④給付単位数																						
	⑤単位数単価	円／単位																					
	⑥給付率	／100				／100																	
	⑦請求額(円)																						
⑧利用者負担額(円)																							
										枚中 枚目													

様式第七の二(附則第二条関係)

介護予防支援介護給付費明細書

										令和							年				月分										
公費負担者番号																															
介護予防 支援事業者										事業所 番号																					
										事業所 名称																					
												所在地		〒																	
												連絡先		電話番号																	
		単位数単価		(円／単位)																											

項番	被保険者番号						(フリガナ)								性別	1. 男 2. 女							
							氏名																
被保険者	公費受給者番号																						
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和						要介護 状態区分		要支援1・ 要支援2		認定 有効期間		1. 平成 2. 令和		年		月		日		から
			令和		年		月								日		まで						
	担当介護支援 専門員番号								サービス計 画作成依頼 届出年月日		1. 平成 2. 令和		年		月		日						
給付費明細欄	サービス内容			サービスコード				単位数		回数		サービス単位数		摘要		サービス単位数合計							
																請求額合計							

項番	被保険者番号						(フリガナ)												性別		1. 男 2. 女			
							氏名																	
被保険者	公費受給者番号							要介護 状態区分		要支援1・ 要支援2			認定 有効期間		1. 平成 2. 令和				年		月		日	から
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和				令和										年		月		日	まで		
	担当介護支援 専門員番号						サービス計 画作成依頼 届出年月日		1. 平成 2. 令和				年		月		日							
											年		月		日									
給付費明細欄	サービス内容			サービスコード				単位数		回数	サービス単位数			摘要			サービス単位数合計							
																	請求額合計							

	枚中		枚目
--	----	--	----

様式第八(附則第二条関係)

施設サービス等・地域密着型サービス介護給付費明細書
(介護福祉施設サービス・地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)

公費負担者番号												令和				年		月分					
公費受給者番号												保険者番号											
被保険者	被保険者番号											請求事業者	事業所番号										
	(フリガナ)												事業所名称										
	氏名												〒										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和				性別	1. 男 2. 女		所在地														
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5				旧措置入所者特例		1. 無 2. 有		連絡先	電話番号												
認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日		から	令和		年		月		日		まで					
入所年月日	1. 平成 2. 令和		年		月		日		退所年月日	令和		年		月		日		入所実日数	外泊日数				
入所前の状況		1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																					
退所後の状況		1. 居宅 2. 医療機関入院 3. 死亡 4. その他 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																					
給付費明細欄	サービス内容	サービスコード				単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要							
		合計																					
請求額集計欄	区分	保険分				公費分																	
	①単位数合計																						
	②単位数単価	円/単位																					
	③給付率	/100				/100																	
	④請求額(円)																						
	⑤利用者負担額(円)																						
特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード				費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額			
		合計																					
											保険分 請求額(円)				公費分 請求額				公費分本人負担月額				
社会福祉法人等による軽減欄	軽減率	%				受領すべき利用者負担の総額(円)		軽減額(円)		軽減後利用者負担額(円)		備考											
	51	介護福祉施設サービス																					
	54	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護																					

様式第九(附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護保健施設サービス)

公費負担者番号										令和										年		月分	
公費受給者番号										保険者番号													

被保険者	被保険者番号 (フリガナ)										
	氏名										
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和				性別	1. 男 2. 女				
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5									
	認定有効期間	1. 平成 2. 令和		年		月		日		から	
		令和		年		月		日		まで	

請求事業者	事業所番号										
	事業所名称										
	所在地	〒 ー									
	連絡先	電話番号									

入所年月日	1. 平成 2. 令和	年		月		日		退所年月日	令和	年		月		日		入所実日数	外泊日数					
主傷病												入所前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院									
退後の状況												1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所										

給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要	
	合計															

所定疾患施設療養費等	所定疾患施設療養費	傷病名	① ② ③		所定疾患施設療養開始年月日		①令和 ②令和 ③令和		年 年 年		月 月 月		日 日 日		
		単位(再掲)	単位	単位×	日										
	緊急時治療管理	傷病名	① ② ③		緊急時治療開始年月日		①令和 ②令和 ③令和		年 年 年		月 月 月		日 日 日		
		単位(再掲)	単位	単位×	日										
	特定治療	リハビリテーション	点		摘要										
		処置	点												
		手術	点												
		麻酔	点												
放射線治療		点													
	合計	点													
往診日数		医療機関名		通院日数		医療機関名									

特別療養費	傷病名										
	識別番号	内容	単位数	回数	保険分単位数	公費回数	公費分単位数	摘要			
	合計										

請求額集計欄	区分	保険分		公費分		保険分特定治療・特別療養費		公費分特定治療・特別療養費	
	①点数・単位数合計								
	②点数・単位数単価		円/単位			10円/点・単位		10円/点・単位	
	③給付率		/100	/100		/100		/100	
	④請求額(円)								
	⑤利用者負担額(円)								

特定入所者 介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額
	合計									
						保険分請求額(円)		公費分請求額		公費分本人負担月額

枚中 枚目

様式第九の二(附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護医療院サービス)

公費負担者番号																						令和				年				月分																			
公費受給者番号																								保険者番号																									
被保険者	被保険者番号																						請求事業者		事業所番号																								
	(フリガナ)																																																
	氏名																																																
	生年月日		1. 明治 2. 大正 3. 昭和										性別		1. 男 2. 女																																		
	要介護状態区分		要介護1・2・3・4・5																																														
	認定有効期間		1. 平成 2. 令和						年						月						日		から		連絡先		電話番号																						
		令和						年						月						日		まで																											
入所年月日		1. 平成 2. 令和						年						月						日		退所年月日		令和				年						月				日		入所実日数				外泊日数					
主傷病																						入所前の状況		1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院																									
退所後の状況				1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所																																													
基本摘要		摘要種類		内容																																													
給付費明細欄	サービス内容				サービスコード				単位数				回数 日数		サービス単位数				公費分 回数等		公費対象単位数				摘要																								
	合計																																																
緊急時施設診療費	緊急時傷病名		① ② ③												緊急時治療開始年月日				①令和 ②令和 ③令和				年 年 年				月 月 月		日 日 日																				
	緊急時治療管理(再掲)				単位						単位×				日																																		
	特定治療	リハビリテーション				点												摘要																															
		処置				点																																											
		手術				点																																											
		麻酔				点																																											
		放射線治療				点																																											
合計				点																																													
往診日数				医療機関名												通院日数				医療機関名																													
特別診療費	傷病名																																																
	識別番号		内容		単位数				回数		保険分単位数				公費回数		公費分単位数				摘要																												
	合計																																																
請求額集計欄	区分		保険分				公費分				保険分特定治療・特別診療費				公費分特定治療・特別診療費																																		
	①点数・単位数合計																																																
	②点数・単位数単価		円／単位				10円／点・単位				10円／点・単位																																						
	③給付率		／100				／100				／100																																						
	④請求額(円)																																																
	⑤利用者負担額(円)																																																
特定入所者介護サービス費	サービス内容		サービスコード		費用単価(円)		負担限度額		日数		費用額(円)		保険分		公費日数		公費分		利用者負担額																														
	合計																																																
											保険分請求額(円)				公費分請求額				公費分本人負担月額																														

給付管理票(令和 年 月分)

様式第十一を次のように改める。

[illegible]

様式第十(附則第二条関係)

施設サービス等介護給付費明細書
(介護療養施設サービス)

公費負担者番号																														
公費受給者番号																														
被保険者	被保険者番号																													
	(フリガナ)																													
	氏名																													
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和				性別	1. 男 2. 女																							
	要介護状態区分	要介護1・2・3・4・5																												
認定有効期間	1. 平成				年				月			日	から																	
	2. 令和				年				月			日	まで																	
入院年月日	1. 平成				年				月			日	退院年月日	令和				年			月			日	入院実日数			外泊日数		
主傷病														入院前の状況	1. 居宅 2. 医療機関 3. 介護老人福祉施設 4. 介護老人保健施設 5. 介護療養型医療施設 6. 認知症対応型共同生活介護 7. 特定施設入居者生活介護 8. その他 9. 介護医療院															
退院後の状況		1. 居宅 3. 医療機関入院 4. 死亡 5. その他 8. 介護療養型医療施設入院 9. 介護医療院入所												6. 介護老人福祉施設入所 7. 介護老人保健施設入所																
給付費明細欄	サービス内容		サービスコード		単位数		回数 日数		サービス単位数		公費分 回数等		公費対象単位数		摘要															
		合計																												
特定診療費	傷病名																													
	識別番号	内容		単位数		回数		保険分単位数		公費回数		公費分単位数		摘要																
		合計																												
請求額集計欄	区分		保険分		公費分		保険分特定診療費		公費分特定診療費																					
	①単位数合計																													
	②単位数単価		▲円／単位				10円／単位		10円／単位																					
	③給付率		／100		／100		／100		／100																					
	④請求額(円)																													
⑤利用者負担額(円)																														
特定入所者介護サービス費	サービス内容	サービスコード	費用単価(円)	負担限度額	日数	費用額(円)	保険分	公費日数	公費分	利用者負担額																				
	合計																													
					保険分請求額(円)		公費分請求額			公費分本人負担月額																				

(健康保険法等の一部を改正する法律附則第三百十条の二第二項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部改正)
第七十五条 健康保険法等の一部を改正する法律附則第三百十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する省令の一部を次のように改正する。
様式第十を次のように改める。

(厚生労働大臣の所管に属する公益信託の引受けの許可及び監督に関する規則の一部改正)

第七十六条 厚生労働大臣の所管に属する公益信託の引受けの許可及び監督に関する規則(平成十二年厚生省令第四号)の一部を次のように改正する。

別記様式を削る。

(医師法第十六条の二第二項に規定する臨床研修に関する省令の一部改正)

第七十七条 医師法第十六条の二第二項に規定する臨床研修に関する省令(平成十四年厚生労働省令第五百十八号)の一部を次のように改正する。

様式第一号(第二十一条関係)

※ 臨床研修修了 登録年月日

収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)

臨床研修修了登録証申請書

医 籍 第								号	医 籍	平 成						年				月					日
登 録 番 号									登 録 年 月 日	令 和															

1. 修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称

研修プログラムの番号	研修プログラムの名称

2. 臨床研修の開始年月日及び修了年月日

開 始 年 月 日										修 了 年 月 日														
平 成			年			月			日	平 成			年			月			日					
令 和										令 和														

3. 臨床研修修了証を交付した臨床研修病院等の番号及び名称

病院施設番号	臨床研修病院等の名称

上記により、臨床研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 (国 籍)	都 道 府 県
--------------	------------

郵便番号	-	電話番号	()
------	---	------	-----

住 所	都 道 府 県	市 郡 区	町 村 番	番 地 号
-----	---------	-------	-------	-------

ふ り が な	(氏)	(名)	印
氏 名			
通 称 名			

性別	男
	女

生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和						年			月			日
---------	-------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

厚生労働大臣 殿

(注) 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
4 記名押印に代えて、署名することができる。
5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 臨床研修修了 登録年月日	
----------------------	--

収	入	印	紙	欄
	(消)	印	し	ない
			こ	と。

臨床研修修了登録証書換交付申請書

医 籍 登 録 番 号	第							号	医 籍 登 録 年 月 日	平 成 令 和			年		月		日
----------------	---	--	--	--	--	--	--	---	------------------	------------	--	--	---	--	---	--	---

変更を生じた事項

	変 更 前	変 更 後 (第 1 回)	変 更 後 (第 2 回)
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県	都 道 府 県	都 道 府 県
ふ り が な	(氏) (名)	(氏) (名)	(氏) (名)
氏 名			
通 称 名			
性 別	男 ・ 女	男 ・ 女	男 ・ 女
生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	

上記により、臨床研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵 便 番 号	-	電話番号	()
住 所	都 道 府 県	市 郡 区	町 村 番 地 号
氏 名		印	生 年 月 日 昭和 平成 令和 年 月 日

厚生労働大臣

殿

- (注) 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
4 記名押印に代えて、署名することができる。
5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 臨床研修修了 登録年月日	
収 入 印 紙 欄 (消印しないこと。)	

臨床研修修了登録証再交付申請書

医 籍 登 録 番 号	第							号	医 籍 登 録 年 月 日	平 成 令 和			年		月		日
----------------	---	--	--	--	--	--	--	---	------------------	------------	--	--	---	--	---	--	---

本 籍 (国 籍)	都 道 府 県
----------------	------------

ふ り が な	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和						年			月		日
---------	-------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	---

上記の臨床研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、臨床研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	-	電話番号	()
住 所	都 道 府 県	市 郡 区	町 村 番 地 号
氏 名		印	

厚生労働大臣 殿

(注) 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
4 記名押印に代えて、署名することができる。
5 用紙の大きさは、A4とすること。

様式第三号(第二十三条関係)

様式（3 ページ）及び（4 ページ）中「平成」を「令和」に改める。

(2 ページ)

記 号 第 号

児 童 扶 養 手 当

受給者氏名	生 年 月 日		昭和 年 月 日	平成
-------	---------	--	----------	----

手当月額	支給対象児童数	支給開始年月	昭和 年 月 日	平成 年 月 日
円	人	改 定 年 月	改 定 理 由	
円	人	令和 年 月		
円	人	令和 年 月		
円	人	令和 年 月		
円	人	令和 年 月		
円	人	令和 年 月		

上記のとおり、児童扶養手当法によって支給します。ただし、支給停止を受けているときは、その期間、支給停止額を控除した金額を支給します。

令和 年 月 日

都道府県知事

印

（既認定者等に交付する児童扶養手当証書の様式を定める省令の一部改正）
第七十八條 既認定者等に交付する児童扶養手当証書の様式を定める省令（平成十五年厚生労働省令第五十二号）の一部を次のように改正する。
様式（2 ページ）を次のように改める。

第七十九条 (特別児童扶養手当証書の様式を定める省令の一部改正)
特別児童扶養手当証書の様式を定める省令(平成十五年厚生労働省令第五十三号)の様式を次のように改める。

様式
(表 紙)

特 別 児 童 扶 養 手 当 証 書

厚 生 労 働 省

(日本工業規格A列6番)

(2 ページ)

記号 第 号

特 別 児 童 扶 養 手 当

受給者 氏 名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
個人番号				

手当月額	障害児数	支給開始年月	令和 年 月 日
円	(1 級) 人	改定年月	改定理由
	(2 級) 人		
円	(1 級) 人	令和 年 月	
	(2 級) 人		
円	(1 級) 人	令和 年 月	
	(2 級) 人		
円	(1 級) 人	令和 年 月	
	(2 級) 人		
円	(1 級) 人	令和 年 月	
	(2 級) 人		
円	(1 級) 人	令和 年 月	
	(2 級) 人		

上記のとおり、特別児童扶養手当等の支給に関する法律によって支給します。

令和 年 月 日

知事
市長

印

(3 ページ)

支払金融機関			
支払方法	支払金融機関名		口座番号
口座振替			
送 金			
口座振替			
送 金	(令和 年 月 日変更)		
口座振替			
送 金	(令和 年 月 日変更)		
口座振替			
送 金	(令和 年 月 日変更)		
住 所			
〒 ー			
〒 ー (令和 年 月 日変更)			
〒 ー (令和 年 月 日変更)			
〒 ー (令和 年 月 日変更)			
記 事			

様式第一号（第一条及び第二条関係）（第一面）

(A 4)

第八十条（次世代育成支援対策推進法施行規則の一部改正）
様式第一号（第一面）を次のように改める。

一般事業主行動計画策定・変更届

届出年月日 令和 年 月 日

都道府県労働局長 殿

(ふりがな)
一般事業主の氏名又は名称

(ふりがな)
(法人の場合) 代表者の氏名 印

主たる事業

住所 〒

電話番号

一般事業主行動計画を（策定・変更）したので、次世代育成支援対策推進法第12条第1項又は第4項の規定に基づき、下記のとおり届け出ます。

記

1. 常時雇用する労働者の数 人（うち有期契約労働者 人）
┌ 男性労働者の数 人
└ 女性労働者の数 人

2. 一般事業主行動計画を（策定・変更）した日 平成・令和 年 月 日

3. 変更した場合の変更内容
① 一般事業主行動計画の計画期間
② 目標又は次世代育成支援対策の内容（既に都道府県労働局長に届け出た一般事業主行動計画策定・変更届の事項に変更を及ぼすような場合に限る。）
③ その他

4. 一般事業主行動計画の計画期間 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日

5. 規定整備の状況
① 有期契約労働者も対象に含めた育児休業制度 （有・無）
② 有期契約労働者も対象に含めたその他の両立支援制度 （有・無）

6. 一般事業主行動計画を外部へ公表した日又は公表予定日 平成・令和 年 月 日

7. 一般事業主行動計画の外部への公表方法
① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ））
② その他の公表方法（ ）

8. 一般事業主行動計画の労働者への周知の方法
① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け
② 書面の交付
③ 電子メールの送信
④ その他の周知方法（ ）

9. 次世代育成支援対策の内容（第二面・第三面に記載すること）

10. 次世代育成支援対策推進法第13条に基づく認定（くるみん認定）の申請をする予定（有・無・未定）

11. 次世代育成支援対策推進法第15条の2に基づく特例認定（プラチナくるみん認定）の申請をする予定（有・無・未定）

一般事業主行動計画の担当部局名	
(ふりがな) 担当者の氏名	

(A 4)

様式第二号（第一面から第三面まで）を次のように改める。

基準適合一般事業主認定申請書

申請年月日

令和 年 月 日

_____労働局長 殿

(ふりがな)
一般事業主の氏名又は名称
(ふりがな)
(法人の場合) 代表者の氏名
主たる事業

印

住 所 〒

電 話 番 号

次世代育成支援対策推進法第13条の認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1. 策定・実施した一般事業主行動計画について

(1) 一般事業主行動計画策定届を届け出た日

平成・令和 年 月 日

(2) 一般事業主行動計画策定届の届出先

労働局長

(3) 計画期間

平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日 (期目)

2. 常時雇用する労働者の数

人 (うち有期契約労働者 人)

〔男性労働者の数 人

〔女性労働者の数 人

3. 一般事業主行動計画において達成しようとした目標及びその達成状況（第六面に記載すること）

4. 一般事業主行動計画を外部へ公表した日

平成・令和 年 月 日

5. 公表及び労働者への周知の方法

(1) 一般事業主行動計画を策定又は変更した日	(2) 変更した場合の変更内容	(3) 一般事業主行動計画を外部へ公表した方法	(4) 一般事業主行動計画を労働者へ周知した方法
平成・令和 年 月 日		① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ）） ② その他の公表方法（ ）	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法（ ）
平成・令和 年 月 日	① 一般事業主行動計画の計画期間 ② 目標又は次世代育成支援対策の内容（既に都道府県労働局長に届け出た一般事業主行動計画策定・変更届の事項に変更を及ぼすような場合に限る。） ③ その他	① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ）） ② その他の公表方法（ ）	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法（ ）

認定申請の担当部局名

(ふりがな)
担当者の氏名

平成・令和 年 月 日	① 一般事業主行動計画の計画期間 ② 目標又は次世代育成支援対策の内容（既に都道府県労働局長に届け出た一般事業主行動計画策定・変更届の事項に変更を及ぼすような場合に限る。） ③ その他	① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ）） ② その他の公表方法（ ）	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法（ ）
-------------	--	--	--

6. 育児休業等の取得に関する状況

(1) 男性労働者の状況

イ又はロのいずれかを記入（育児休業等又は育児目的休暇制度を利用した男性労働者数が 0 人の中小事業主（常時雇用する労働者の数が 300 人以下の事業主をいう。以下同じ。）は、ハ～ヘのいずれかを記入）

イ 計画期間において配偶者が出産した男性労働者数、育児休業等をした男性労働者数及びその割合

計画期間において		
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

ロ 計画期間において配偶者が出産した男性労働者数、育児休業等をした男性労働者数、育児目的休暇制度を利用した男性労働者数、その割合及び当該育児目的休暇制度の内容

計画期間において			
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	小学校就学前までの子について育児目的休暇制度を利用した男性労働者数 (C)	育児休業等及び小学校就学前までの子について育児目的休暇制度を利用したものの割合 (B + C) / (A) × 100
人	人	人	%

育児目的休暇制度の具体的内容

--

ハ 計画期間において子の看護休暇を取得した男性労働者数
(1 歳に満たない子のために当該休暇を取得した場合を除く。) 人

ニ 短時間勤務制度等の具体的内容

--

計画期間において短時間勤務制度等を子の養育のために利用した男性労働者数 人

ホ 計画期間の開始前 3 年以内の日であって当該中小事業主が定める日から当該計画期間の末日までの期間における状況

平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日（計画期間の末日）までの間の		
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

ヘ 育児目的休暇制度の具体的内容

小学校就学前までの子を養育する男性労働者がいない場合に、計画期間において育児目的休暇制度を15歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある子又は小学校就学前までの孫のために利用した男性労働者数 人

(2) 女性労働者の状況

① 計画期間において出産した女性労働者数、育児休業等をした女性労働者数及びその割合

計画期間において		
出産した女性労働者数 (A)	育児休業等をした女性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	(C) %

② (①の (C) の育児休業等をしたものの割合が75%未満の中小事業主のみ記入)
計画期間の開始前 3 年以内の日であって当該中小事業主が定める日から当該計画期間の末日までの期間における状況

平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日（計画期間の末日）までの間の		
出産した女性労働者数 (A)	育児休業等をした女性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

様式第三号（第五条の二関係）（第一面から第三面まで）

(A 4)

基準適合認定一般事業主認定申請書

申請年月日 令和 年 月 日

労働局長 殿

(ふりがな)

一般事業主の氏名又は名称

(ふりがな)

(法人の場合) 代表者の氏名

印

主たる事業

住 所 〒

電 話 番 号

次世代育成支援対策推進法第 15 条の 2 の認定（特例認定）を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

1. 策定・実施した一般事業主行動計画について

(1) 一般事業主行動計画策定届を届け出た日 平成・令和 年 月 日

(2) 一般事業主行動計画策定届の届出先 労働局長

(3) 計画期間 平成・令和 年 月 日 ～ 平成・令和 年 月 日（期目）

2. 次世代育成支援対策推進法第 13 条の認定（くるみん認定）を受けた日及び認定を受けた労働局 平成・令和 年 月 日 労働局

3. 常時雇用する労働者の数 人（うち有期契約労働者 人）
〔男性労働者の数 人
女性労働者の数 人〕

4. 一般事業主行動計画において達成しようとした目標及びその達成状況（第七面に記載すること）

5. 一般事業主行動計画を外部へ公表した日 平成・令和 年 月 日

6. 公表及び労働者への周知の方法

(1) 一般事業主行動計画を策定又は変更した日	(2) 変更した場合の変更内容	(3) 一般事業主行動計画を外部へ公表した方法	(4) 一般事業主行動計画を労働者へ周知した方法
平成・令和 年 月 日		① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ）） ② その他の公表方法（ ）	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法（ ）
平成・令和 年 月 日	① 一般事業主行動計画の計画期間 ② 目標又は次世代育成支援対策の内容（既に都道府県労働局長に届け出た一般事業主行動計画策定・変更届の事項に変更を及ぼすような場合に限る。） ③ その他	① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ）） ② その他の公表方法（ ）	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法（ ）

特例認定申請の担当部局名

(ふりがな)
担当者の氏名

様式第三号（第一面から第三面まで）及び様式第三号（第四面から第六面まで）を次のように改める。

平成・令和 年 月 日	① 一般事業主行動計画の計画期間 ② 目標又は次世代育成支援対策の内容（既に都道府県労働局長に届け出た一般事業主行動計画策定・変更届の事項に変更を及ぼすような場合に限る。） ③ その他	① インターネットの利用（両立支援のひろば・自社のホームページ・その他（ ）） ② その他の公表方法（ ）	① 事業所内の見やすい場所への掲示又は備付け ② 書面の交付 ③ 電子メールの送信 ④ その他の周知方法（ ）
----------------------	--	--	--

7. 育児休業等の取得に関する状況

(1) 男性労働者の状況

イ又はロのいずれかを記入（育児休業等又は育児目的休暇制度を利用した男性労働者数が 0 人の中小事業主（常時雇用する労働者の数が 300 人以下の事業主をいう。以下同じ。）は、ハ～ヘのいずれかを記入）

イ 計画期間において配偶者が出産した男性労働者数、育児休業等をした男性労働者数及びその割合

計画期間において		
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

ロ 計画期間において配偶者が出産した男性労働者数、育児休業等をした男性労働者数、育児目的休暇制度を利用した男性労働者数、その割合及び当該育児目的休暇制度の内容

計画期間において			
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	小学校就学前までの子について育児目的休暇制度を利用した男性労働者数 (C)	育児休業等及び小学校就学前までの子について育児目的休暇制度を利用したものの割合 (B + C) / (A) × 100
人	人	人	%

育児目的休暇制度の具体的内容

ハ 計画期間において子の看護休暇を取得した男性労働者数
(1 歳に満たない子のために当該休暇を取得した場合を除く。) 人

ニ 短時間勤務制度等の具体的内容

計画期間において短時間勤務制度等を子の養育のために利用した男性労働者数 人

ホ 計画期間の開始前 3 年以内の日であって当該中小事業主が定める日から当該計画期間の末日までの期間における状況

平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日（計画期間の末日）までの間の		
配偶者が出産した男性労働者数 (A)	育児休業等をした男性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

ヘ 育児目的休暇制度の具体的内容

小学校就学前までの子を養育する男性労働者がいない場合に、計画期間において育児目的休暇制度を 15 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある子又は小学校就学前までの孫のために利用した男性労働者数 人

(2) 女性労働者の状況

- ① 計画期間において出産した女性労働者数、育児休業等をした女性労働者数及びその割合

計画期間において		
出産した女性労働者数 (A)	育児休業等をした女性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	(C) %

- ② (①の(C)の育児休業等をしたものの割合が 75% 未満の中小事業主のみ記入)
計画期間の開始前 3 年以内の日であって当該中小事業主が定める日から当該計画期間の末日までの期間における状況

平成・令和 年 月 日から平成・令和 年 月 日（計画期間の末日）までの間の		
出産した女性労働者数 (A)	育児休業等をした女性労働者数 (B)	育児休業等をしたものの割合 (B) / (A) × 100
人	人	%

8. 育児をする労働者のための短時間勤務制度等の実施状況

実施している措置（3 歳から小学校就学前までの子を育てる労働者が対象となるものに限る。）	実施の有無
ア 育児休業に関する制度に準ずる措置	有・無
イ 所定外労働の制限	有・無
ウ 短時間勤務制度	有・無
エ フレックスタイム制度	有・無
オ 始業・終業時刻の繰上げ又は繰下げの制度	有・無
カ 事業所内保育施設の設置運営	有・無
キ 育児に要する経費の援助措置等	有・無

様式第三号（第五条の二関係）（第四面から第六面まで）

9. 時間外労働及び休日労働に関する計画期間終了事業年度の状況

① その雇用する労働者（短時間労働者の雇用管理の改善等に関する法律（平成5年法律第76号）第2条に規定する短時間労働者を除く。）1人当たりの各月ごとの時間外労働及び休日労働の合計時間数

計画期間終了事業年度	各月の時間外労働及び休日労働の時間数					
() 年度	1 月	2 月	3 月	4 月	5 月	6 月
	7 月	8 月	9 月	10月	11月	12月

② 平均した1月当たりの時間外労働時間が60時間以上である労働者数

人

10. 働き方の見直しに資する多様な労働条件の整備のための措置の実施状況

実施している措置	措置の内容	目標及びその達成状況
ア 所定外労働の削減のための措置		
イ 年次有給休暇の取得の促進のための措置		
ウ 短時間正社員制度、在宅勤務、情報通信技術を活用した勤務その他の働き方の見直しに資する多様な労働条件の整備のための措置		

11. 女性の継続就業に関する状況

イ又はロのいずれかを記入（イ及びロに該当しない中小事業主にあつては、下表中「計画期間の開始日」とされているものを「計画期間の開始前3年以内の日であつて当該中小事業主が定める日」と読み替えてイ又はロのいずれかを記入すること。）

イ 計画期間の開始日から計画期間の終了日の1年前までの間において出産した女性労働者数、出産後1年以上継続して在職している女性労働者数（育児休業等をしているもの又は育児目的休暇制度を利用しているものを含む。）及びその割合

平成・令和 年 月 日（計画期間の開始日）から 平成・令和 年 月 日（計画期間の終了日の1年前の日）までの間に出産した女性労働者数	(A) 人
(A) のうち、出産後1年以上継続して在職している女性労働者数（育児休業等をしているもの又は育児目的休暇制度を利用しているものを含む。）	(B) 人
在職しているものの割合 (B) ／ (A) × 100	%

ロ 計画期間の開始日から計画期間の終了日の 1 年前までの間において出産した女性労働者数、当該期間に出産する予定であった女性労働者のうち退職したものの数、出産後 1 年以上継続して在職している女性労働者数（育児休業等をしているもの又は小学校就学前までに子について育児目的休暇制度を利用しているものを含む。）及びその割合

平成・令和 年 月 日（計画期間の開始日）から 平成・令和 年 月 日（計画期間の終了日の 1 年前の日）までの間に出産した女性労働者数	(A)	人
上記の期間において出産する予定であった女性労働者のうち退職したものの数	(B)	人
(A) のうち、出産後 1 年以上継続して在職している女性労働者数（育児休業等をしているもの又は育児目的休暇制度を利用しているものを含む。）	(C)	人
在職しているものの割合 $(C) / (A + B) \times 100$		%

12. 育児休業等をし、又は育児を行う女性労働者が就業を継続し、活躍できるようにするための取組

	実施している取組	実施の有無
ア 女性労働者に向けた取組	① 若手の女性労働者を対象とした、出産及び子育てを経験して働き続けるキャリアイメージの形成を支援するための研修	有・無
	② 社内のロールモデルと女性労働者をマッチングさせ、当該労働者が働き続けていく上での悩みや心配事について相談に乗り助言するメンターとして継続的に支援させる取組	有・無
	③ 育児休業からの復職後又は子育て中の女性労働者を対象とした能力の向上のための取組又はキャリア形成を支援するためのカウンセリング等の取組	有・無
	④ 従来、主として男性労働者が従事してきた職務に新たに女性労働者を積極的に配置するための検証や女性労働者に対する研修等職域拡大に関する取組	有・無
	⑤ 管理職の手前の職階にある女性労働者を対象とした、昇格意欲の喚起又は管理職に必要なマネジメント能力等の付与のための研修	有・無
	⑥ その他これらに準ずる措置	有・無
イ 管理職に向けた取組等	① 企業トップ等による女性の活躍推進及び能力発揮に向けた職場風土の改革に関する研修等の取組	有・無
	② 女性労働者の育成に関する管理職研修等の取組	有・無
	③ 働き続けながら子育てを行う女性労働者がキャリア形成を進めていくために必要な業務体制及び働き方の見直し等に関する管理職研修	有・無
	④ 育児休業等を取得しても中長期的に処遇上の差を取り戻すことが可能となるような昇進基準及び人事評価制度の見直しに向けた取組	有・無
	⑤ その他これらに準ずる措置	有・無

(注) 次の①から⑩までの書類を添付すること。

- ① 策定・実施した一般事業主行動計画
- ② 一般事業主行動計画に定めた目標が達成されたことを明らかにする書類（労働協約・就業規則の写し等）
- ③ 公表及び労働者への周知が義務又は努力義務である事業主については、一般事業主行動計画の公表及び労働者への周知を行っていることを明らかにする書類（両立支援のひろばの画面を印刷した書類等）であってその日付が分かるもの
- ④ 育児休業等又は育児目的休暇制度を利用した男性労働者の氏名、これらの制度を利用した

期間及び利用の対象となった子の年齢が記載されている書類

- ⑤ 7. (1)ハ、ニ又はへのいずれかの基準を満たすものとして特例認定申請をする場合にあっては、子の看護休暇の取得、短時間勤務制度等又は育児目的休暇制度の利用をした男性労働者の氏名、及び取得又は利用の対象となった子若しくは孫の年齢が記載されている書類
- ⑥ 育児休業等をした女性労働者の氏名、育児休業等をした期間及び取得の対象となった子の年齢が記載されている書類
- ⑦ 8. の実施状況を明らかにする書類（労働協約・就業規則の写し等）
- ⑧ 10. の実施状況を明らかにする書類（労働協約・就業規則の写し等）及び当該措置に係る目標について明らかにする書類（自社のホームページの画面を印刷した書類等）であって、その内容及びその目標を定めた日付が分かるもの
- ⑨ 11. の状況を明らかにするものとして、計画期間の開始日から計画期間の終了日の 1 年前までの間に出産した女性労働者のうち、その出産後 1 年以上継続して在職している女性労働者の氏名が記載されている書類
- ⑩ 12. の取組に係る計画及びその実施状況を明らかにする書類（労働協約・就業規則の写し、研修の開催概要等）

様式第3号(第43条関係)(表面)

石綿健康診断結果報告書

80310

標準字体

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

労働保険 番号	都道府県 所掌 管轄 基幹番号 枝番号 被一括事業場番号	在籍労働者数	人
事業場の名称		事業の種類	
事業場の所在地	郵便番号（ ） 電話（ ）		

対象年	7：平成 9：令和 →	元号 年 	(月～ 月分) (報告 回目)	健診年月日	7：平成 9：令和 →	元号 年 月 日
健康診断実施機関の名称					第二次健康診断	年 月 日
健康診断実施機関の所在地						
石綿業務の種類別 項 目	石綿 業務コード 具体的業務内容 () 	石綿 業務コード 具体的業務内容 () 	石綿 業務コード 具体的業務内容 () 			
従事労働者数	人	人	人			
受診労働者数	人	人	人			
上記のうち第二次健康診断を要するとされた者の数	人	人	人			
第二次健康診断受診者数	人	人	人			
上記のうち有所見者数	人	人	人			
疾病にかかっていると診断された者の数	人	人	人			

ページ 	/	総ページ 	産 業 医 氏 名 印 所属医療機関の 名称及び所在地
--	---	---	--

年 月 日

事業者職氏名

労働基準監督署長殿

受 付 印

印

(石綿障害予防規則の一部改正)
第八十一条 石綿障害予防規則(平成十七年厚生労働省令第二十一号)の一部を次のように改正する。
様式第三号(表面)を次のように改める。

折り曲げる場合は、(▶)の所を谷に折り曲げること。

▶

▶

■

11

（特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律施行規則の一部改正）
第八十二条 特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律施行規則（平成十七年厚生労働省令第四十九号）の一部を次のように改正する。
様式第一号（表面）及び様式第二号（表面）中「平成」を「令和」に改める。
様式第三号（表面）中「平成」を「令和」に改める。
様式第四号を次のように改める。
様式第四号（第三十七条関係）

第一片

原符	
収納職員コード	令和 年度
年金手帳の 基礎年金番号	年金特別会計 第 号 出納区分 0：収納職員
住所	徴収金 延滞金
氏名	保険料種別 納付期間 金額 日数 金額
生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和
金額	円
令和 年 月 日	徴収金額 円 日
備考	
残枚	

◎金額の頭部に必ず¥を付すこと。

第二片

領収証書	
収納職員コード	令和 年度
年金手帳の 基礎年金番号	年金特別会計 第 号 出納区分 0：収納職員
住所	徴収金 延滞金
氏名	保険料種別 納付期間 金額 日数 金額
生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和
金額	円
令和 年 月 日	徴収金額 円 日
備考	

◎茶色のカーボンで書かれていない場合は、お手数でも年金事務所へご連絡ください。◎領収金額欄が修正されているものは無効です。
◎この領収証書は、年金手帳と一緒に大切に保管してください。

第三片

領収済報告書	
届書コード 6:0:4 届書	①収納職員コード 令和 年度 ③集計表作成年月日 令和 年 月 日 ④通番
⑤年金手帳の 基礎年金番号	年金特別会計 ⑥第 号 ⑦出納区分 0：収納職員 送信
住所	徴収金 延滞金
氏名	⑧保険料種別 ⑩納付期間 ⑪金額 ⑫日数 ⑬金額
⑥生年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和
金額	円
⑭令和 年 月 日 送信	⑮徴収金額 ⑯円 ⑰日
備考	

歳入徴収官 殿

- 備考
- 用紙の寸法は、各片ともおおむね縦11cm、横21cmとする。
 - 各片は左端をのり付けその他の方法により接続するものとする。
 - 各片に共通する事項（あらかじめ印刷する事項は除く。）は、複写により記入するものとする。
 - 必要があるときは、所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができる。

様式第五号及び様式第七号から様式第九号までの様式中「**改正**」を「**改正**」に改める。
(歯科医師法第十六条の二第二項に規定する臨床研修に関する省令の一部改正)
第八十三号 歯科医師法第十六条の二第二項に規定する臨床研修に関する省令(平成十七年厚生労働省令第百三十三号)の一部を次のように改正する。
様式第一号(第二十一条関係)
様式第一号から様式第三号までを次のように改める。

※ 臨床研修修了 登録年月日

収	入	印	紙	欄
(消印しないこと。)				

臨床研修修了登録証申請書

歯科医籍 登録番号	第								号	歯科医籍 登録年月日	平成 令和				年			月			日
--------------	---	--	--	--	--	--	--	--	---	---------------	----------	--	--	--	---	--	--	---	--	--	---

1. 修了した臨床研修に係る研修プログラムの番号及び名称

研修プログラムの番号	研修プログラムの名称

2. 臨床研修の開始年月日及び修了年月日

開始年月日										修了年月日									
平成 令和			年			月			日	平成 令和			年			月			日

3. 臨床研修修了証を交付した臨床研修施設等の番号及び名称

研修施設番号	臨床研修施設等の名称

上記により、臨床研修修了登録証を申請します。

令和 年 月 日

本 (国籍)	籍	都道府 県
-----------	---	----------

郵便番号	-	電話番号	()
------	---	------	-----

住 所	都道府 県	市郡 区	町村	番 地 号
-----	----------	---------	----	-------------

ふりがな	(氏)	(名)	印
氏 名			
通 称 名			

性別	男
	女

生 年 月 日	昭和 平成 令和					年			月		日
---------	----------------	--	--	--	--	---	--	--	---	--	---

厚生労働大臣

殿

- (注) 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 黒ボールペンをうい、かい書ではっきり記入すること。
4 記名押印に代えて、署名することができる。
5 用紙の大きさは、A4とすること。

※
臨床研修修了
登録年月日

収 入 印 紙 欄
(消印しないこと。)

様式第二号（第二十二条関係）

臨床研修修了登録証書換交付申請書

歯科医籍 登録番号	第							号	歯科医籍 登録年月日	平成 令和			年			月			日
--------------	---	--	--	--	--	--	--	---	---------------	----------	--	--	---	--	--	---	--	--	---

変更を生じた事項

	変 更 前				変 更 後（第 1 回）				変 更 後（第 2 回）												
本 籍 (国 籍)	都 道 府 県				都 道 府 県				都 道 府 県												
ふ り が な	(氏)	(名)			(氏)	(名)			(氏)	(名)											
氏 名																					
通 称 名																					
性 別	男 ・ 女				男 ・ 女				男 ・ 女												
生 年 月 日	昭和 平成 令和			年	昭和 平成 令和			年				日									

上記により、臨床研修修了登録証の書換交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	-	電話番号	()	
住 所	都 道 府 県	市 郡 区	町 村 番	番地号
氏 名		印	生年月日	昭和 平成 令和

厚生労働大臣 殿

(注) 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
4 記名押印に代えて、署名することができる。
5 用紙の大きさは、A4とすること。

※ 臨床研修修了 登録年月日	
----------------------	--

収	入	印	紙	欄
	(消)	印	し	ない
			こ	と。

臨床研修修了登録証再交付申請書

歯科医籍 登録番号	第							号	歯科医籍 登録年月日	平成 令和			年		月		日
--------------	---	--	--	--	--	--	--	---	---------------	----------	--	--	---	--	---	--	---

本 籍 (国 籍)	都 道 府 県
----------------	------------

ふ り が な	(氏)	(名)
氏 名		
通 称 名		

性 別	男
	女

生 年 月 日	昭 和 平 成 令 和						年		月		日
---------	-------------------	--	--	--	--	--	---	--	---	--	---

上記の臨床研修修了登録証を(破った・汚した・失った)ので、臨床研修修了登録証の再交付を申請します。

令和 年 月 日

郵便番号	-	電話番号	()
住 所	都 道 府 県	市 郡 区	町 村 番 地 号
氏 名		印	

厚生労働大臣

殿

- (注) 1 ※印欄には、記入しないこと。
2 該当する不動文字を○で囲むこと。
3 黒ボールペンを用い、かい書ではっきり記入すること。
4 記名押印に代えて、署名することができる。
5 用紙の大きさは、A4とすること。

様式第三号

法人名

所在地

※医療法人整理番号

損 益 計 算 書

(自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日)

(単位：千円)

科 目	金 額	
I 事業損益		
A 本来業務事業損益		
1 事業収益		×××
2 事業費用		
(1)事業費	×××	
(2)本部費	×××	×××
本来業務事業利益		×××
B 附帯業務事業損益		
1 事業収益		×××
2 事業費用		×××
附帯業務事業利益		×××
C 収益業務事業損益		
1 事業収益		×××
2 事業費用		×××
収益業務事業利益		×××
事業利益		×××
II 事業外収益		
受取利息	×××	
その他の事業外収益	×××	×××
III 事業外費用		
支払利息	×××	
その他の事業外費用	×××	×××
経常利益		×××
IV 特別利益		
固定資産売却益	×××	
その他の特別利益	×××	×××
V 特別損失		
固定資産売却損	×××	
その他の特別損失	×××	×××
税引前当期純利益		×××
法人税・住民税及び事業税	×××	
法人税等調整額	×××	×××
当期純利益		×××

（社会医療法人債を発行する社会医療法人の財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則の一部改正）
第八十四条 社会医療法人債を発行する社会医療法人の財務諸表の用語、様式及び作成方法に関する規則（平成十九年厚生労働省令第三十八号）の一部を次のように改正する。
様式第一号及び様式第二号中「長」を「中」に改める。
様式第三号から様式第六号までを次のように改める。

(注)1. 利益がマイナスとなる場合には、「利益」を「損失」と表示する。

2. 「本部費」とは、当該法人が運営する複数の施設における共通的作業及び主たる事務所等管理部門における活動に関連する費用をいう。

事業外費用、特別利益及び特別損失を示す名称を付した科目をもって別に掲記することを妨げない。

様式第四号

法人名
所在地

※医療法人整理番号

純 資 産 変 動 計 算 書
(自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日)

(単位：千円)

	積立金					評 価 ・ 換 算 差 額 等			純資産合計
	設立等積立金	代替基金	〇〇積立金	繰越利益積立金	積立金合計	その他有価証券評価差額金	繰延ヘッジ損益	評価・換算差額等合計	
平成・令和 年 月 日 高 残	×××	×××	×××	×××		×××	×××	×××	×××
会計年度中の変動額									
当期純利益				×××	×××				×××
・・・・・・・・・・									
会計年度中の変動額合計	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××
平成・令和 年 月 日 高 残	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××	×××

- 純資産の変動事由及び金額の掲載は、おおむね貸借対照表における記載の順序によること。
- 評価・換算差額等は、科目ごとの記載に代えて評価・換算差額等の合計額を、前会計年度末残高、会計年度中の変動額及び会計年度末残高に区分して記載することができる。この場合には、科目ごとのそれぞれの金額を注記すること。
- 積立金及び純資産の各合計欄の記載は省略することができる。

様式第五号

法人名

所在地

※医療法人整理番号

キャッシュ・フロー計算書

(自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日)

(単位：千円)

区 分	金 額
I 事業活動によるキャッシュ・フロー	
本来業務事業収入	×××
本来業務事業費支出	△×××
附帯業務事業収入	×××
附帯業務事業費支出	△×××
収益業務事業収入	×××
収益業務事業費支出	△×××
.....	×××
小 計	×××
利息及び配当金の受取額	×××
利息の支払額	△×××
法人税等の支払額	△×××
.....	×××
事業活動によるキャッシュ・フロー	×××
II 投資活動によるキャッシュ・フロー	
有価証券の取得による支出	△×××
有価証券の売却による収入	×××
有形固定資産の取得による支出	△×××
有形固定資産の売却による収入	×××
施設設備補助金の受入れによる収入	×××
貸付けによる支出	△×××
貸付金の回収による収入	×××
.....	×××
投資活動によるキャッシュ・フロー	×××
III 財務活動によるキャッシュ・フロー	
短期借入れによる収入	×××
短期借入金の返済による支出	△×××
長期借入れによる収入	×××
長期借入金の返済による支出	△×××
.....	×××
財務活動によるキャッシュ・フロー	×××
IV 現金及び現金同等物の増加額(又は減少額)	×××
V 現金及び現金同等物の期首残高	×××
VI 現金及び現金同等物の期末残高	×××

様式第六号

法人名

所在地

※医療法人整理番号

キャッシュ・フロー計算書

(自 平成・令和 年 月 日 至 平成・令和 年 月 日)

(単位：千円)

区 分	金 額
I 事業活動によるキャッシュ・フロー	
税引前当期純利益	×××
減価償却費	×××
退職給付引当金の増加額	×××
貸倒引当金の増加額	×××
受取利息及び配当金	△×××
支払利息	×××
有価証券売却益	△×××
固定資産売却益	△×××
事業債権の増加額	△×××
たな卸資産の増加額	△×××
仕入債務の増加額	×××
.....	×××
小 計	×××
利息及び配当金の受取額	×××
利息の支払額	△×××
法人税等の支払額	△×××
.....	×××
事業活動によるキャッシュ・フロー	×××
II 投資活動によるキャッシュ・フロー	
有価証券の取得による支出	△×××
有価証券の売却による収入	×××
有形固定資産の取得による支出	△×××
有形固定資産の売却による収入	×××
施設設備補助金の受入れによる収入	×××
貸付けによる支出	△×××
貸付金の回収による収入	×××
.....	×××
財務活動によるキャッシュ・フロー	×××
III 財務活動によるキャッシュ・フロー	
短期借入れによる収入	×××
短期借入金の返済による支出	△×××
長期借入れによる収入	×××
長期借入金の返済による支出	△×××
.....	×××
財務活動によるキャッシュ・フロー	×××
IV 現金又は現金同等物の増加額(又は減少額)	×××
V 現金又は現金同等物の期首残高	×××
VI 現金又は現金同等物の期末残高	×××

第八十五条 (特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法施行規則の一部改正)の
ように改正する。
様式第二号を次のように改める。

様式第二号 (第二条関係)

特定C型肝炎ウイルス感染者に対する給付金支給通知書

薬機発第 号
令和 年 月 日

殿

独立行政法人医薬品医療機器総合機構
理 事 長

特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤によるC型肝炎感
染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法 (平成20年法
律第2号) 第3条第1項の給付金の額を、下記のとおり通知します。

記

給 付 金 万円

受給者番号

様式第五号（第四条関係）

特定 C 型肝炎ウイルス感染者に対する追加給付金支給通知書

薬機発第 号
令和 年 月 日

殿

独立行政法人医薬品医療機器総合機構
理 事 長

特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤による C 型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法（平成 20 年法律第 2 号）第 7 条第 1 項の追加給付金の額を、下記のとおり通知します。

記

給 付 金 万円

受給者番号

（厚生年金保険の保険給付及び国民年金の給付の支払の遅延に係る加算金の支給に関する法律施行規則の一部改正）
第八十六条 厚生年金保険の保険給付及び国民年金の給付の支払の遅延に係る加算金の支給に関する法律施行規則（平成二十二年厚生労働省令第六十七号）の一部を次のように改正する。
 様式第一号を次のように改める。
 様式第一号（第十三条関係）

第一片

原
符

収納職員コード				令和		年度	X															
納 付 者	年金手帳の 基礎年金番号							年金特別会計				第		号	出納 区分	0：収納職員						
	住 所 氏 名 生 年 月 日							内 訳	徴 収 金										延 滞 金			
									保険料 種 別	納 付 期 間				金 額				日数	金 額			
										年	月	一	年	月			円	日			円	
												一									円	
												一									円	
			一										円									
金 額							円															
令 和			年		月		日	計	徴 収 金 額						円	日			円			
								備 考														

◎金額の頭部に必ず〒を付すこと。

残 枚

第二片

領 収 証 書																									
収納職員コード					令和			年度	X																
納 付 者	年金手帳の 基礎年金番号									年金特別会計		第		号	出納 区分	0：収納職員									
	住 所									内 訳 計 備 考	徴 収 金						延 滞 金								
											保険料 種 別	納 付 期 間				金 額				日数	金 額				
	氏 名	殿										年	月	一	年	月				円	日				円
	生年月日	5. 昭和			年		月		日					一											
	下記の金額を領収しました。																								
金 額																									
令 和				年		月		日		徴 収 金 額									円	日				円	

(印)

◎茶色のカーボンで書かれていない場合は、お手数でも年金事務所へご連絡ください。◎領収金額欄が修正されているものは無効です。
 ◎この領収証書は、年金手帳と一緒に大切に保管してください。

第三片

届書コード		604		届書		領 収 済 報 告 書																							
①収納職員コード				②令和		年度		③集計表作成年月日		令和		年		月		日		④通番											
⑤年金手帳の 基礎年金番号				年金特別会計										⑦第		号		⑧出納 区分		0 : 収納職員		送信							
納 付 者		住 所				徴 収 金										延 滞 金													
		被保険者氏名				内 課				保険料 種 別		納 付 期 間				金 額				日数		金 額							
		⑥生年月日				③				④年		⑤月		⑥年		⑦月		⑧円		⑨日		⑩円							
		5. 昭和 7. 平成 9. 令和				⑪				⑫		⑬		⑭		⑮		⑯		⑰		⑱							
		⑲令和				⑳				㉑年		㉒月		㉓年		㉔月		㉕円		㉖日		㉗円							
下記の金額を領収したので報告します。										計										徴 収 金 額				円		日		円	
金 額				㉘				㉙				㉚				㉛				㉜		㉝		㉞					
②令和				㉟年				㊱月				㊲年				㊳月				㊴日		㊵送信		㊶					
歳入徴収官										殿										備考									

- 備 考
1. 用紙の寸法は、各片ともおおむね縦11cm、横21cmとする。
 2. 各片は左端をのり付けその他の方法により接続するものとする。
 3. 各片に共通する事項（あらかじめ印刷する事項は除く。）は、複写により記入するものとする。
 4. 必要があるときは、所要の変更を加えること、その他所要の調整を加えることができる。

(様式B-6)

様式第3号(第17条関係)(表面)

職業訓練受講給付金支給申請書

①申請番号												
フリガナ												
②氏 名	③生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日											
④住 所	〒											
⑤個人番号												
支給申請内容	⑥訓練番号											
	⑦訓練科名											
	⑧訓練実施施設名											
	⑨支給申請の対象となる訓練期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										
	⑩事前審査時からの変更	☐ なし ☐ あり ☐ 収入 (円)、 ☐ 世帯収入 (円)、 ☐ 金融資産 (円)、 ☐ 土地建物、 ☐ 同時支給、 ☐ 住所、 ☐ 通所経路、 ☐ 通所方法、 ☐ その他 ()										
	⑪添付書類	☐ 就職支援計画書 ☐ 職業訓練受講給付金支給状況 (支給記録) ☐ その他 ()										
⑫寄宿の有無	有 () ・ 無											
職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律施行規則第17条の規定により、上記のとおり職業訓練受講給付金(職業訓練受講手当・通所手当・寄宿手当)の支給を申請します。 令和 年 月 日 公共職業安定所長 殿 地方運輸局長 殿 申請者氏名 印												

様式第二号及び様式第四号から様式第六号までの様式中「注」を「改正」に改める。
(職業訓練の実施等による特定求職者の就職の支援に関する法律施行規則の一部改正)
様式第一号(表面)及び様式第二号(表面)中「改正」を「改正」に改める。
様式第三号(表面)を次のように改める。

(注 意 事 項)

- 申請内容は正しく記載してください。偽りその他不正の行為によって職業訓練受講給付金を受けたり、又は受けようとしたときは、以後職業訓練受講給付金を受けることができなくなるばかりでなく、不正受給した金額の返還と更にそれに加えて一定の金額の納付を命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。
- この申請書は、指定来所日に、必ず本人が提出してください。
- 職業訓練受講手当の額は、支給申請の対象となる訓練期間(支給単位期間)が28日未満の場合は3580円×支給単位期間における日数、それ以外の場合は10万円となります。
- 通所手当の額は、職業訓練受講給付金通所届を参考に、運賃、時間、距離等の事情に照らし安定所が算定した額となります。
- 寄宿手当の額は、支給単位期間につき1万7百円(寄宿していないこと等による日割り減額あり)となります。
- ①欄は、職業訓練受講給付金事前審査通知書に記載された申請番号を記載してください。
- ⑥～⑧欄は、あなたが受講する訓練番号、訓練科名、訓練実施施設名を記載してください。なお、⑥欄について、公共職業訓練を受講する場合は、空欄としてください。
- ⑨欄は、今回の支給申請において、給付金の支給対象となる訓練期間を記入してください。
- ⑩欄について、①の申請番号に係る事前審査を受けたときから現在までに、状況の変化があった場合(例えば、家族状況に変化があった時など)は「あり」と該当する項目にチェック(収入、世帯収入、金融資産については金額の記載も含む。)を入れてください。また、今回支給申請を行う訓練において既に職業訓練受講給付金の支給を受けたことがある場合は、「事前審査時」を「前回職業訓練受講給付金の支給を受けた時」と読み替えてください。
- ⑩欄の「収入」とはあなたの収入を、「世帯収入」はあなたの収入に加え、同居の又は別居の配偶者、子及び父母の収入を合算した収入を指します。
- 職業訓練等を受けなかった日又は職業訓練等の一部のみ受けた日がある場合であって、疾病若しくは負傷又はやむを得ない理由がある場合にはそれを確認できる書類を添付するとともに、⑪欄の「その他」にチェックを入れてください。
- ⑫欄には、該当するものを○で囲んでください。なお、「有」を○で囲んだ場合であって「別居して寄宿していない日」があるときは、その日及び理由を()内に記載してください。
- ⑫欄の下に申請者氏名については、記名押印又は署名のいずれかにより記載してください。