

○今治市障害者地域活動支援センター条例施行規則

平成17年 1 月 16 日

規則第134号

改正 平成17年 3 月 30 日規則第267号

平成17年 3 月 31 日規則第268号

平成18年 9 月 29 日規則第75号

平成21年 8 月 27 日規則第33号

平成23年 5 月 6 日規則第28号

(趣旨)

第 1 条 この規則は、今治市障害者地域活動支援センター条例（平成17年今治市条例第159号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(休館日及び開館時間)

第 2 条 今治市障害者地域活動支援センター（以下「センター」という。）の休館日は、次に掲げる日とする。ただし、市長は、必要があると認めるときは、臨時に開館し、又は休館することができる。

(1) 火曜日

(2) 国民の祝日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する祝日（以下「国民の祝日」という。）。ただし、国民の祝日が火曜日に当たるときは、その日後においてその日に最も近い国民の祝日でない日

(3) その前日及び翌日が国民の祝日である日（火曜日を除く。）

(4) 12月29日から翌年1月3日までの日

2 センターの開館時間は、午前9時から午後6時までとする。ただし、市長は、必要があると認めるときは、臨時にこれを変更することができる。

第 3 条から第 6 条まで 削除

(登録の許可申請等)

第 7 条 条例第11条第 1 項の規定により、センターの使用の登録を受けようとする者は、障害者地域活動支援センター使用登録申請書（別記様式第 4 号）に次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。ただし、市長が必要でないと認めるときは、第 1 号及び第 2 号に掲げる添付書類の全部又は一部を省略することができる。

(1) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳の写し

(2) 医師意見書（紹介状）（別記様式第 4 号の 2）

(3) 前 2 号に掲げるもののほか、センターの運営上市長が必要があると認める書類

2 条例第11条第4項に規定する登録簿は、障害者地域活動支援センター使用登録簿（別記様式第5号）とする。

（登録の取消し）

第8条 市長は、条例第11条の2の規定により登録を取り消したときは、障害者地域活動支援センター使用登録取消し通知書（別記様式第6号）により、相手方に通知する。

（委任）

第9条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が定める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成17年1月16日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の今治市精神障害者地域生活支援センター条例施行規則（平成15年今治市規則第46号）の規定によりされた手続その他の行為は、この規則の相当規定によりされたものとみなす。

（読替規定）

3 条例第16条の規定によりセンターの管理を指定管理者に行わせた場合において、第2条、第7条及び第8条中「市長」とあるのは、「指定管理者」と読み替えて適用する。

（様式の特例）

4 条例第16条の規定によりセンターの管理を指定管理者に行わせた場合において、別記様式第4号から別記様式第6号までの様式は、これらを標準として指定管理者が別に定める。

附 則（平成17年3月30日規則第267号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成17年3月31日規則第268号）

この規則は、平成17年4月1日から施行する。

附 則（平成18年9月29日規則第75号）

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成21年8月27日規則第33号）

この規則は、平成22年4月1日から施行する。

附 則（平成23年5月6日規則第28号）

この規則は、公布の日から施行する。

別記様式第4号(第7条関係)

障害者地域活動支援センター使用登録申請書

年 月 日

今治市長 様

申請者住所

氏名

印

地域活動支援センターを利用したいので次のとおり申請します。

ふりがな		性 別	生年月日	年 月 日生
氏 名		男・女	障害者手帳等の有無	
			有 ・ 無 身体障害者手帳(級) 療育手帳(A・B) 精神障害者保健福祉手帳(級)	
住 所	〒		電話	
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所		電話	
家 族 等 の 記 録	氏 名	続 柄	年 齢	緊急(住所・TEL・同居の有無)など
通 所 又 は 就 労 先	(名 称) (所在地)		(T E L) (担当者)	
医 療 機 関 名 (TEL番号)		主 治 医 氏 名		
支 援 内 容 等				

別記様式第4号の2(第7条関係)

障害者地域活動支援センターの利用に係る医師意見書(紹介状)

障害者地域活動支援センターの利用希望者	住 所	今治市		
	ふりがな		性別	生年月日
	氏 名			年 月 日
障害名	①主たる障害			
	②従たる障害			
	③身体合併症			
病 歴	入 院	なし ・ 過去	回程度(通算	年位)
		前回入院期間	年 月～	年 月
		医療機関名		
	通 院	1箇月当たり	日位通院(直近について記載)	
服 薬	1日	回(朝 ・ 昼 ・ 夜 ・ 就寝前 ・ その他)		
障害者地域活動支援センター利用時の留意事項	生活指導の必要性について	1 特になし 2 時々必要 3 ほとんど必要 必要事項		
	利用日数や間隔についての意見			
その他参考となる意見				
年 月 日		医師機関所在地 名称 電話番号 医師氏名		
		印		

別記様式第5号(第7条関係)

障害者地域活動支援センター使用登録簿

作成日 年 月 日
 登録日 年 月 日
 登録番号第 号

ふりがな		性 別	生年月日	年 月 日生
氏 名		男・女	障害者手帳等の有無	
			有 ・ 無	
			身体障害者手帳(級)	
			療育手帳(A・B)	
			精神障害者保健福祉手帳(級)	
住 所	〒		電話	
緊急連絡先	氏名		続柄	
	住所		電話	
家 族 等 の 記 録	氏 名	続柄	年齢	緊急(住所・TEL・同居の有無)など
通 所 又 は 就 労 先	(名 称)		(T E L)	
	(所在地)		(担当者)	
医 療 機 関 名 (TEL番号)		主 治 医 氏 名		
支 援 内 容 等				

別記様式第6号(第8条関係)

記号第 号
年 月 日

様

今治市長 印

障害者地域活動支援センター使用登録取消し通知書

障害者地域活動支援センターの登録を次のとおり取り消したので通知します。

1 取消しの相手方

2 取消し年月日 年 月 日

3 取消し理由

① 年 月 日付けの届出理由のとおり

② その他

別記様式第 1 号から別記様式第 3 号まで 削除

別記様式第 4 号（第 7 条関係）

別記様式第 4 号の 2（第 7 条関係）

別記様式第 5 号（第 7 条関係）

別記様式第 6 号（第 8 条関係）