

<h1>高知県公報</h1>	発行 高知県 高知市丸ノ内 一丁目2番20号
	発行日 毎週2回 (火曜日・金曜日)

目 次	ページ
規 則	
◎高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則	1
◎高知県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則	3
◎高知県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則	6
◎高知県母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則の一部を改正する規則	8

-----  
規 則  
-----

高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。  
平成27年12月28日  
高知県知事 尾崎 正直

**高知県規則第89号**  
**高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部を改正する規則**  
高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（昭和40年高知県規則第83号）の一部を次のように改正する。  
別記第31号様式から別記第33号様式までを次のように改める。

**第31号様式**（第22条関係）

第 年 月 日 号

様

高知県立精神保健福祉センター所長



通知書

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条第1項の規定に基づく精神障害者福祉手帳の交付の申請（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第9条第1項の規定に基づく障害等級の変更の申請）は、下記の理由により承認されませんでした。

記

- 1 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令第6条第3項に規定する精神障害者保健福祉手帳の障害等級に定める精神障害の状態に該当しないこと。
- 2 現在の精神障害者保健福祉手帳に記載されている障害等級以外の障害等級に該当する精神障害の状態には至っていないこと。
- 3 その他の理由

（教示）

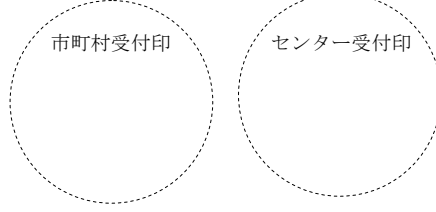
- 1 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、行政不服審査法の規定に基づき、高知県知事に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。）。
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、行政事件訴訟法の規定に基づき、高知県を被告として（訴訟において高知県を代表する者は、高知県知事となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

第32号様式（第23条関係）

精神障害者保健福祉手帳交付台帳

手帳番号	氏名	住所	生年月日	個人番号	障害等級	交付年月日	有効期限 (更新後の有効期限)	再交付年月日	再交付理由	備考
号			年月日		級	年月日	年月日	年月日		

第33号様式（第24条関係）



精神障害者保健福祉手帳記載事項変更届・再交付申請書

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所  
(申請者) 氏名 ㊟  
個人番号  
手帳番号 号

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に規定する精神障害者保健福祉手帳について、下記のとおり届出・申請をします。

記

- 1 (都道府県を越える居住地・県内での居住地・氏名)の変更の届出

変更前	
変更後	

- 2 (破れた・汚れた・なくした)ための再交付の申請
- 3 写真が貼られていないものから貼られているものに変更するための再交付の申請

注 1 番号及び括弧内の該当するものを○で囲んでください。  
2 都道府県を越える居住地の変更の場合は、精神障害者保健福祉手帳の交付申請を同時に行ってください。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。  
(経過措置)
- 2 この規則による改正前の高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則別記第32号様式及び別記第33号様式は、この規則による改正後の高知県精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の規定にかかわらず、残品の限度で使用することができる。



高知県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成27年12月28日

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第90号

高知県身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

高知県身体障害者福祉法施行細則（平成5年高知県規則第22号）の一部を次のように改正する。

別記第6号様式を次のように改める。

第6号様式（第6条関係）

身体障害者 居住地変更届  
氏 名

※福祉事務所又は町村等記載欄

年 月 日

高知県知事 様

申請者氏名.....⑥

私は、次のとおり居住地を変更しました。  
氏 名

住所変更.....6

氏名変更.....7

県外からの転入...8

1 申請者氏名・居住地等（楷書ではっきり書いてください。）

フリガナ		男 (M) 女 (W)	年 月 日生
氏 名			
個人番号	.....	本籍地 ※	都道府県
居住地 (新住所)	市 町 村		
住所コード ※	.....		
電話番号	.....	施設入所等の状況	1 在宅 000 ※ 2 病院 900 3 施設 ( )

2 保護者氏名・続柄（申請者が15歳未満の場合）

氏 名	続柄	※	父.....1 兄.....5 母.....2 姉.....6 祖父.....3 その他 祖母.....4 参照
-----	----	---	---

3 手帳交付番号等

手帳番号	手帳交付年月日	種別	等級	障害名
※ ( ) 発行者 都道府県市第号	年 月 日			

4 旧居住地・氏名等

旧 居 住 地	旧 氏 名	変 更 年 月 日
		年 月 日

年 月 日 身体障害者手帳記載済み

年 月 日 身体障害者指導記録票送付済み

福祉事務所長又は町村長 図

身体障害者更生指導記録票の送付先 福祉事務所名又は町村名及び所在地 (転入先の福祉事務所又は町村が記載する。)	
---	--

備考 1 ※印欄は、記載しないでください。

2 保護者の個人番号については、記載する必要はありません。

別記第8号様式及び別記第9号様式を次のように改める。

**第8号様式**（第7条関係）

身体障害者手帳交付申請書

※福祉事務所又は町村等記載欄

高知県知事 様	年 月 日	申請理由	
申請者氏名	①	発行者	手 帳 番 号
身体障害者手帳の交付を次のとおり申請します。		町村コード	ケース番号
1 申請理由（該当するものを○で囲んでください。）			
1 新規交付	4 紛失		
2 障害程度の変更	5 破損		
3 新しい障害の追加			

2 申請者氏名・居住地等（楷書ではっきり書いてください。）

フリガナ	氏 名	男 (M) 女 (W)	年 月 日生
個人番号		本籍地	※ 都道 府県
居住地	市 町 村		
住所コード	※		
電話番号		施設入所 等の状況	1 在宅 000 ※ 2 病院 900 3 施設 ( )

3 保護者氏名・続柄（申請者が15歳未満の場合）

氏 名	続柄	※	父……1 兄……5 母……2 姉……6 祖父…3 その他コ 祖母…4 ード表参 照
-----	----	---	---

4 手帳交付番号等（申請理由が2、3、4又は5の場合）

手 帳 番 号	手帳交付年月日	種別	等級	障 害 名
※ ( ) 発行者 都道府 県 市 第 号	年 月 日			

5 旧居住地・氏名等（居住地・氏名変更届が提出されていない場合）

旧 居 住 地	旧 氏 名	変 更 年 月 日
		年 月 日

- 備考 1 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとして  
ください。  
2 ※印欄は、記載しないでください。  
3 保護者の個人番号については、記載する必要はありません。

写 真  
 ○脱帽・上半身  
 ○撮影後1年以内  
 ○縦4cm×横3cm

高 知 県	福祉事務所又は町村
受 付 印	受 付 印

福祉事務所又は町村連絡メモ

——高知県処理欄（以下は、記載しないでください。）——

障 害 名	等級	指数
合 計		

番号	部 位	原 因	傷 病 名	傷 病 名	左 右	種 別	種 類	等 級	等 級
						障 害 名	等 級		
1									
2									
3									
4									
5									

視 力		聴 力		有 期 再 認 定 年 月 日	
右	左	右	左		
				年 月 日	

**第9号様式**（第7条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所  
 氏名  
 電話番号  
 身体障害者との続柄

身体障害者手帳返還届

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

記

- 1 身体障害者の居住地
- 2 身体障害者の氏名
- 3 身体障害者の個人番号
- 4 身体障害者手帳番号
- 5 身体障害者手帳交付年月日
- 6 障害名
- 7 身体障害者手帳を返還する理由

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正前の高知県身体障害者福祉法施行細則別記様式は、この規則による改正後の高知県身体障害者福祉法施行細則の規定にかかわらず、残品の限度で使用することができる。



高知県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成27年12月28日

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第91号

高知県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則

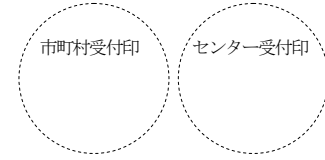
高知県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成18年高知県規則第111号）の一部を次のように改正する。

別記第8号様式を次のように改める。

第8号様式（第6条関係）

自立支援医療費（精神通院医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）										
対象者・対象児	フリガナ	性別	男・女	年齢	歳	生年月日				
	受診者氏名					年	月	日		
	フリガナ					受診者電話番号				
	受診者住所									
保護者（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）	フリガナ					受診者との続柄				
	氏名									
	フリガナ					電話番号				
	住所									
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号					受診者の被保険者証の保険者名				
	受診者と同一保険の加入者									
	受診者と同一保険の加入者個人番号									
精神障害者保健福祉手帳番号					身体障害者手帳番号					
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局、訪問看護事業者等を含みます。）	名称					所在地及び電話番号				
自立支援医療費受給者番号										
治療方針の変更		有・無		前回申請時における診断書の添付			有・無			
上記のとおり自立支援医療費（精神通院医療）の支給を申請します。 高知県知事 様 年 月 日 申請者 氏名 ㊟										

- 注 1 「（新規・再認定・変更）」は、いずれか該当するものを○で囲んでください。変更の場合は、「対象者・対象児」欄及び変更のある事項のみを記入してください。
- 2 「保護者」の「住所」欄及び「電話番号」欄は、受診者の住所及び電話番号と異なる場合に記入してください。
- 3 「自立支援医療費受給者番号」欄は、再認定又は変更の場合に記入してください。
- 4 「治療方針の変更」欄及び「前回申請時における診断書の添付」欄は、再認定の場合に記入してください。
- 5 申請者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。



----- ここから下の欄は、記入しないでください。 -----

自治体記入欄

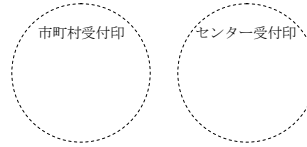
申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回の所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当	非該当	
今回の所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当	非該当	
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他（ ）				
診断書の提出	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規				
前回の自立支援医療費受給者番号		前回の承認期間	年 月 末まで		
備考（変更の場合は、変更のある項目を記入し、自立支援医療受給者証を添付する。）					

審査会審査欄					
委員名					
審査結果	承認・不承認	承認・不承認	承認・不承認	承認・不承認	
重度かつ継続	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	該当・非該当	

自立支援医療費支給認定	承認期間	年 月 日から	年 月 日まで	不承認
負担上限額		重度かつ継続	該当	非該当

別記第12号様式及び別記第13号様式を次のように改める。

**第12号様式**（第7条関係）



自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書（精神通院医療）			
自立支援医療費受給者番号			
受診者	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	住所		生年月日
	個人番号		年 月 日
		電話番号	
保護者（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）	フリガナ		受診者との続柄
	氏名		
	住所		電話番号
	個人番号		
自立支援医療受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
変更内容	変更事項	変更前	変更後
	受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）		
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）		
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・受診者と同一保険の加入者）		
身体障害者手帳番号 療育手帳番号 精神障害者保健福祉手帳番号			
備考			
自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 高知県知事 様 年 月 日 届出者 氏名 ㊟			

- 注 1 「保護者」の「住所」欄及び「電話番号」欄は、受診者の住所及び電話番号と異なる場合に記入してください。
- 2 届出者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。
- 3 自立支援医療受給者証（精神通院医療）を添えてください。
- 4 負担上限月額（該当する所得区分及び重度かつ継続の該当又は非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更が必要ですので、別記第8号様式により申請してください。

第13号様式（第8条関係）



年 月 日

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名 印

自立支援医療受給者証（精神通院医療）再交付申請書

自立支援医療受給者証（精神通院医療）の再交付を受けたいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第33条第1項及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則第48条第1項の規定により次のとおり申請します。

自立支援医療費受給者番号			
自立支援医療受給者証の有効期間		年 月 日から 年 月 日まで	
受診者	フリガナ	性別	生年月日
	氏名	男・女	年 月 日
	住所	電話番号	
	個人番号		
保護者（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）	フリガナ	受診者との続柄	
	氏名		
	住所	電話番号	
	個人番号		
指定自立支援医療機関名			
再交付の理由		1 破損し、又は汚損したため 2 紛失したため	

- 注 1 「保護者」の「住所」欄及び「電話番号」欄は、受診者の住所及び電話番号と異なる場合に記入してください。
- 2 「再交付の理由」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 3 申請者の氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとしてください。
- 4 自立支援医療受給者証（精神通院医療）を破損し、又は汚損した場合の申請の際は、その自立支援医療受給者証（精神通院医療）を添えてください。
- 5 自立支援医療受給者証（精神通院医療）の再交付を受けた後に、紛失した自立支援医療受給者証（精神通院医療）が見つかったときは、速やかに、居住地の市町村を經由して、その自立支援医療受給者証（精神通院医療）を返還してください。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の高知県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則別記様式は、この規則による改正後の高知県障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の規定にかかわらず、残品の限度で使用することができる。



高知県母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成27年12月28日

高知県知事 尾崎 正直

高知県規則第92号

高知県母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則の一部を改正する規則

高知県母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則（昭和39年高知県規則第99号）の一部を次のように改正する。

第2条第2項第2号中「修学資金貸付推薦書及び計画書（別記第4号様式）」を「修学資金貸付推薦書（別記第4号様式）及び修学計画書（別記第4号様式の2）」に改める。

別記第1号様式を次のように改める。



**別記**

**第1号様式**（第2条関係）

※ 町村		※ 福祉保健所又は福祉事務所		※ 本課			
受付年月日		受付年月日		受付年月日		貸付決定年月日	
受付番号		受付番号		受付番号		貸付決定番号	
※ 決定の内容							
資金の種類		資金		償還期間		年 月 日から 年 月 日まで	
貸付金額		円（月額 円）		償還方法		月賦	
貸付期間		年 月 日から 年 月 日まで		審査意見			

年 月 日

高知県知事 様

申請者 氏名 ④  
 電話番号  
 個人番号（12桁）

貸付申請書

次のとおり母子・父子・寡婦福祉資金貸付金を借りたいので、関係書類を添えて申請します。

資金の種類		資金		申請金額		円（月額 円）
貸付期間		年 月 日から 年 月 日まで		据置期間		年 月
償還の方法及び期間		月賦	年償還			
申請者	ふりがな氏名		児童等	ふりがな氏名		
	生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日	
	住所			住所		
	本籍			申請者との続柄		
	職業及び収入（年収）			修学先又は修業先の名称		

配偶者の状況	氏名	配偶者関係について該当するものを○で囲んでください。						
		法律婚 ・ 事実婚						
勤務先又は職業		病死・交通事故死・その他の死亡・離婚・生死不明・遺棄・海外在留・心身障害・法令拘禁・未婚の母・未婚の父・その他						
		上記事実の発生日		年 月 日				
家族の状況	申請者との続柄	氏名	年齢	同居又は別居の別	勤務先又は職業	収入（月収）		
	本人					円		
申請者の生計状況	収入（1月につき）				支出（1月につき）			
	区分	金額	区分	金額	区分	金額	区分	金額
		円		円	住居費	円	教育費	円
	給与収入				飲食費			
	公的年金（児童扶養手当等）				衣料費			
	内職収入				光熱水費		計	
親戚、知人等からの援助		計						

(裏面)

申請者の資産の状況									
申請者の借入金の状況	借入金の種類又は目的			借入先					
	借入金額	円		未償還金額	円				
	借入年月日	年	月	日	償還完了予定年月日	年	月	日	
貸付けを受けようとする理由				償還の財源					
連帯保証人の状況	住所				電話番号				
	ふりがな氏名			生年月日	年	月	日	申請者との関係	
	勤務先又は職業			勤務先の電話番号			収入(年収)	円	
	住所				電話番号				
	ふりがな氏名			生年月日	年	月	日	申請者との関係	
	勤務先又は職業			勤務先の電話番号			収入(年収)	円	
備考									
<p>上記の借入れについて同意します。                  年 月 日                  法定代理人 住所                  氏名 ㊟</p> <p>上記の借入れについて連帯して債務を負担します。                  年 月 日                  連帯保証人 住所                  氏名 ㊟                  連帯保証人 住所                  氏名 ㊟</p>									

- 注 1 ※印欄は、記入しないでください。  
 2 「児童等」欄は、扶養している児童又は20歳以上である子等について、母子・父子・寡婦修学資金、母子・父子・寡婦修業資金、児童に係る母子・父子就職支度資金又は母子・父子・寡婦就学支度資金を借り入れようとする場合にのみ記入してください。  
 3 「申請者の生計状況」欄の収入の金額は、収入から収入を得るために要した経費を差し引き、また、現物収入は、金額に換算して記入してください。  
 4 「申請者の資産の状況」欄は、家屋、土地等について、自家又は借家の別、自己所有地又は借地の別、面積等を記入してください。  
 5 「申請者の借入金の状況」欄は、他からの借入金及び母子及び父子並びに寡婦福祉法による他の貸付金の借入れの状況について記入してください。

- 6 「貸付けを受けようとする理由」欄及び「償還の財源」欄は、できるだけ具体的に記入してください。  
 7 児童本人が貸付けを受けようとするときは、法定代理人の同意を必要とします。  
 8 この申請書には、戸籍の謄本又は抄本、申請者に係る県税について滞納がない旨の納税証明書及び別記第2号様式並びに貸付金の種別に応じて別記第3号様式から別記第10号様式の2までの書類その他必要な書類を添えなければなりませんので、居住地の福祉保健所若しくは福祉事務所又は町村役場にお尋ねください。

別記第4号様式を次のように改める。

**第4号様式**（第2条関係）

修学資金貸付推薦書

申請者の氏名			就学する学校名	全日制・定時制・通信制・（単位制）				
就学する児童等	氏名			入学時期：	年	月		
	生年月日	年 月 日		立	立	立	立	立
			立	立	立	立	立	

人物、成績、健康、クラブ活動、家庭等について

上記の者は、母子・父子・寡婦修学資金の借受者として適当な者であると認められますので、推薦します。

高知県知事 様 年 月 日

学校長 印

別記第4号様式の次に次の1様式を加える。

**第4号様式の2**（第2条関係）

修学計画書

申請者の氏名					
就学する児童等の氏名					
申請者の今後1月間の収支予定					
資金の調達計画	区分	金額	資金の 使途 計画	区分	金額
	給与収入	円		住居費	円
	母子・父子・寡婦福祉資金貸付金			飲食費	
	公的年金（児童扶養手当等）			衣料費	
	親戚、知人等からの援助			光熱水費	
				教育費	
		計			計
備考					

別記第5号様式を次のように改める。

**第5号様式**（第2条関係）

技能習得・修業・就職支度計画書

資金の種類別		技能習得資金		修業資金		就職支度資金	
申請者	氏名		修業又は就職をする児童等	氏名		学校・大学 科	
	職歴			最終学歴		年 月 日卒業・卒業予定・修了	
申請者の今後の収支予定（1月間分又は一括分）							
資金の調達計画	区分	金額		資金の使途計画	区分	金額	
	給与収入	円			住居費	円	
	母子・父子・寡婦福祉資金貸付金				飲食費		
	公的年金（児童扶養手当等）				衣料費		
	親戚、知人等からの援助				光熱水費		
					教育費		
		計				計	
母子・父子・寡婦技能習得資金又は母子・父子・寡婦修業資金の貸付申請の場合							
技能習得先又は修業先の名称				技能習得先又は修業先の所在地			
技能習得先又は修業先の業種				技能習得又は修業の修了後の資格			
技能習得又は修業の期間	年 月 日から		年 月 日まで		月間		
	1週当たり		日間				
技能習得後又は修業後の事業計画及び収入見込み							
母子・父子・寡婦就職支度資金の貸付申請の場合							
就職予定年月日	年 月 日		就職先での職種				
就職先の名称				就職先での給与	月額	円（日額	円）
就職先の所在地							
備考							

注 「申請者の今後の収支予定」欄は、母子・父子・寡婦技能習得資金又は母子・父子・寡婦修業資金の貸付申請の場合にのみ記入し、申請金額に応じて、1月間分又は一括分の収支予定を記入してください。

別記第7号様式を次のように改める。

第7号様式 (第2条関係)

生活計画書

申請者の氏名					
申請者の今後1月間の収支予定					
資金の調達計画	区分	金額	資金の使途計画	区分	金額
	給与収入	円		住居費	円
	母子・父子・寡婦福祉資金貸付金			飲食費	
	公的年金 (児童扶養手当等)			衣料費	
	親戚、知人等からの援助			光熱水費	
				教育費	
		計			計
併せて貸付申請しようとする資金		技能習得資金 ・ 医療介護資金			
備考					

別記第28号様式を次のように改める。

**第28号様式**（第9条関係）

貸付決定番号	第	号
福祉保健所・福祉事務所 経由		
年 月 日		

高知県知事 様

申請者 住所  
氏名 ㊦  
電話番号  
個人番号（12桁）

貸付金一部・全部償還免除申請書

下記のとおり母子・父子・寡婦福祉資金貸付金の償還の免除を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

記

- 1 資金の種類
- 2 借受者等の住所及び氏名

	住所	氏名
借主		
連帯借主		
法定代理人		
連帯保証人		
連帯保証人		

- 3 貸付けを受けた資金の借入金額及び借入期間

借入金額	借入期間
円	年 月分から 年 月分まで 年 月

- 4 償還の免除を受けようとする額等

	総額	うち元金分	うち利子分
償還済額	円	円	円
償還未済額	円	円	円
償還の免除を受けようとする額	円	円	円

- 5 償還の免除を受けようとする理由

注 借主及び連帯借主並びに連帯保証人が償還金の支払ができなくなった理由を証明する書類を添えてください。

**附 則**

（施行期日）

1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則による改正前の高知県母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則別記様式（別記第4号様式を除く。）は、この規則による改正後の高知県母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則の規定にかかわらず、残品の限度で使用することができる。