



茨城県報

第 1 0 6 6 号

平成11年 6 月14日

月 曜 日

目 次

規 則

(公 安 委 員 会)

ページ

- ・茨城県金属くず取扱業に関する条例施行規則等の一部を改正する規則..... 2
- ・警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する規則の一部を改正する規則.....15

告 示

- ・青少年に有害な興行の指定 (女性青少年課)56
- ・結核予防法第36条の規定による医療機関の指定及び指定の辞退 (保健予防課)56
- ・保険医療機関及び保険薬局の指定 (保険課)59
- ・保険医及び保険薬剤師の登録 (保険課)62
- ・第二種大規模小売店舗に関する公示 (商業流通課)62
- ・換地計画の決定 (農地整備課)63
- ・道路の供用の開始 (道路維持課)63
- ・土地区画整理組合の理事の氏名及び住所 (都市整備課)63
- ・土地改良区役員の就退任 (土地改良事務所)64
- ・土地改良区役員の退任 (2 件) (土地改良事務所)64
- ・土地改良事業の適当決定 (3 件) (土地改良事務所)65

(公 安 委 員 会)

- ・公安委員会の行う交通規制の一部改正.....66
- ・緊急自動車の指定並びに道路維持作業用自動車の指定及び指定取消し.....66

(選 挙 管 理 委 員 会)

- ・選挙管理委員会第 6 回定例会の招集.....67

(大規模小売店舗審議会)

- ・第二種大規模小売店舗審議会における小売業に関する公示 (3 件)68

公 告

- ・県営土地改良事業計画 (農村計画課)69
- ・都市計画事業の施行者の名称等 (公園街路課)69
- ・開発行為の工事完了 (2 件) (建築指導課)70
- ・道路の位置の指定 (4 件) (建築指導課)70

規 則

(公 安 委 員 会)

茨城県公安委員会規則第 4 号

茨城県金属くず取扱業に関する条例施行規則等の一部を改正する規則を次のように定める。

平成11年 6 月14日

茨城県公安委員会委員長 篠 原 健 治

茨城県金属くず取扱業に関する条例施行規則等の一部を改正する規則

(茨城県金属くず取扱業に関する条例施行規則の一部改正)

第 1 条 茨城県金属くず取扱業に関する条例施行規則 (昭和32年茨城県公安委員会規則第 3 号) の一部を次のように改正する。

別記様式第 1 号及び別記様式第 2 号を次のように改める。

別記様式第 1 号

金属くず商許可申請書

申 請 者	本 籍	
	住 所	
	氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
営 業 所	名 称	
	所 在 地	
管 理 者	本 籍	
	住 所	
	氏 名 生 年 月 日	年 月 日生

金属くず商を許可するよう関係書類を添えて申請します。

年 月 日

茨城県公安委員会殿

氏 名印

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

別記様式第 2 号

金属くず行商届出済証更新申請書

申 請 者	本 籍	
	住 所	
	氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
届 出 済 証	年 月 日	第 号

引き続き営業したいので届出済証を更新されるよう関係書類及び写真を添えて申請します。

年 月 日

茨城県公安委員会殿

氏 名印

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

別記様式第 3 号中注を次のように改める。

注 1 申請者は、氏名を記載及び押印することに代えて、署名することができる。

2 許可証の場合は、写真を省略する。

別記様式第 4 号中注を次のように改める。

注 1 申請者は、氏名を記載及び押印することに代えて、署名することができる。

2 許可証の場合は、写真を省略する。

別記様式第 5 号及び別記第 6 号を次のように改める。

別記様式第 5 号

金属くず商 (許 可 証) 返納届書
(届 出 済 証)

届 出 者	本 籍	
	住 所	
	氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
返 納 の 理 由		

許可証 (届出済証) を添えてお届けします。

年 月 日

茨城県公安委員会殿

氏 名印

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

別記様式第 6 号

金属くず行商届出書

届 出 者	本 籍	
	住 所	
	氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
主 な 行 商 地 区		
特 定 の 取 引 先	営業所の名称及び営業者の氏名	名称 () 氏名
	営業所の所在地	

金属くず行商をしたいので関係書類及び写真を添えてお届けします。

年 月 日

茨城県公安委員会殿

氏 名 印

注 関係者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

(風俗営業及び金属くず取扱業関係手数料の徴収に関する規則の一部改正)

第2条 風俗営業及び金属くず取扱業関係手数料の徴収に関する規則（昭和60年茨城県公安委員会規則第5号）の一部を次のように改正する。

別記様式第1中「昭和」を「平成」に、「はりつけ」を「はり付け」に改め、注意3を注意4とし、注意2を注意3とし、注意1を注意2とし、注意1として次のように加える。

1 納付者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

別記様式第2中「昭和」を「平成」に、「はりつけ」を「はり付け」に改め、注意3を注意4とし、注意2を注意3とし、注意1を注意2とし、注意1として次のように加える。

1 納付者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

(茨城県テレホンクラブ等営業の規則に関する条例施行規則の一部改正)

第3条 茨城県テレホンクラブ等営業の規則に関する条例施行規則（平成8年茨城県公安委員会規則第4号）の一部を次のように改正する。

別記様式第1号中備考を次のように改める。

備考1 印の欄には記載しないこと。

2 届出者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 所定の欄に記載し得ないときは、別紙に記載の上、これを添付すること。

4 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

別記様式第2号中備考を次のように改める。

備考1 印の欄には記載しないこと。

2 届出者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

別記様式第3号中備考を次のように改める。

備考1 印の欄には記載しないこと。

2 届出者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 所定の欄に記載し得ないときは、別紙に記載の上、これを添付すること。

4 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

別記様式第4号中備考を次のように改める。

備考1 印の欄には記載しないこと。

2 届出者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 所定の欄に記載し得ないときは、別紙に記載の上、これを添付すること。

4 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

別記様式第5号中備考を次のように改める。

備考1 印の欄には記載しないこと。

2 届出者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

別記様式第 6 号中備考を次のように改める。

備考 1 印の欄には記載しないこと。

- 2 届出者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。
- 3 所定の欄に記載し得ないときは、別紙に記載の上、これを添付すること。
- 4 用紙の大きさは、日本工業規格 A 4 とする。

(銃砲刀剣類関係手数料の徴収に関する規則の一部改正)

第 4 条 銃砲刀剣類関係手数料の徴収に関する規則（平成 2 年茨城県公安委員会規則第 1 号）の一部を次のように改正する。

別記様式中（注）を次のように改める。

- (注) 1 納付者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。
- 2 許可等の区分及び許可の内訳欄は、該当する文字を○で囲んで下さい。
 - 3 減額措置適用欄が有の場合には、同時申請する丁数等を記入して下さい。
 - 4 金額は、アラビア数字で書いて下さい。

(茨城県道路交通法施行細則の一部改正)

第 5 条 茨城県道路交通法施行細則（昭和53年茨城県公安委員会規則第11号）の一部を次のように改正する。

様式第11号を次のように改める。

駐 車 禁 止 場 所 時間制限駐車区間						
年 月 日						
警察署長 殿						
申請者						
第45条第 1 項ただし書 駐 車 禁 止 場 所 道路交通法 第 49条 の 2 第 5 項 の規定による 時間制限駐車区間 における 駐車 第 49条 の 2 第 5 項 の規定による 時間制限駐車区間						
駐車の許可を受けたいので申請します。						
申請者の住所 職業、氏名、 年齢						
駐 車 時 間	自	年	月	日	時	分
	至	年	月	日	時	分
駐 車 場 所						
自動車登録番号 又は車両番号						
駐車申請事由						
備 考						

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第15号中

「 自己の管理する自動車台数欄の自動二輪車は、 1 台を0.5台として計算のうえ記入すること。 印欄は、申請者は記入しないこと。」

「注 1 印欄には記入しないこと。

2 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。」に

3 自己の管理する自動車台数欄の自動二輪車は、 1 台を0.5台として計算のうえ記入すること。」

改める。

様式第16号中「 記入しないこと。」を

「注 1 印の欄には記入しないこと。

2 届出者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。」に

改める。

様式第17号中「 記入しないこと。」を

「注 1 印の欄には記入しないこと。

2 届出者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。」に

改める。

様式第30号の 2 を次のように改める。

様式第30号の 2

安全運転管理者等講習手数料納付書	
年 月 日	
茨城県公安委員会 殿	
納付者 (受講者) 住 所 氏 名 印	
次のとおり安全運転管理者講習手数料を納付します。	
事業所の所在地	
事業所名	電 話
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
備 考	

注 納付者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第31号の 2 及び様式第32号を次のように改める。

様式第31号の 2

取消処分者講習手数料納付書	
年 月 日	
茨城県公安委員会 殿	
氏 名 印	
次のとおり取消処分者講習手数料を納付します。	
本籍又は国籍	
住 所	
氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
備 考	

注 納付者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第32号

受講申出書	
年 月 日	
茨城県公安委員会 殿	
氏 名 印	
道路交通法第108条の 2 第 1 項第 3 号の規定による講習を受けたいので、講習手数料を添えて申し出ます。	
本籍又は国籍	

住 所	
氏 名	明治 大正 昭和 年 月 日生
生 年 月 日	
処 分 の 別	運転免許停止通知書 運転免許保留通知書 第 号 自動車等の運転禁止通知書 90日以上処分 (円) 40日以上90日未満の処分 (円) 40日未満の処分 (円)
ここに収入印紙をはがれないようにはる ここに収入印紙をはがれないようにはる	

注 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第33号の2から様式第33号の5までを次のように改める。

様式第33号の2

普 通 車 講 習 申 請 書	
年 月 日	
茨城県公安委員会 殿	
氏 名 印	
道路交通法第108条の2第1項第4号の規定による講習を受けたいので、講習手数料を添えて申請します。	
本籍又は国籍	
住 所	
氏 名	年 月 日生
生 年 月 日	
手 数 料 貼 付 欄	
ここに収入印紙をはがれないようにはる	ここに収入印紙をはがれないようにはる
ここに収入印紙をはがれないようにはる	ここに収入印紙をはがれないようにはる

ここに収入印紙を はがれないようにはる ここに収入印紙を はがれないようにはる	
備 考	

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第33号の 3

大 型 二 輪 車 講 習 申 請 書	
年 月 日	
茨城県公安委員会 殿	
氏 名 印	
道路交通法第108条の 2 第 1 項第 5 号の規定による講習を受けたいので、講習手数料を添えて申請します。	
本 籍 又 は 国 籍	
住 所	
氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
手 数 料 貼 付 欄	
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
備 考	

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第33号の 3 の 2

普通二輪車講習申請書	
年 月 日	
茨城県公安委員会 殿	
氏 名 印	
道路交通法第108条の 2 第 1 項第 6 号の規定による講習を受けたいので、講習手数料を添えて申請します。	
本 籍 又 は 国 籍	
住 所	
氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
手 数 料 貼 付 欄	
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
備 考	

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第33号の 4

応急救護処置講習申請書	
年 月 日	
茨城県公安委員会 殿	
氏 名 印	
道路交通法第108条の 2 第 1 項第 7 号の規定による講習を受けたいので、講習手数料を添えて申請します。	

本籍又は国籍	
住 所	
氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
手 数 料 貼 付 欄	
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
備 考	

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第33号の 5

原 付 講 習 申 請 書	
年 月 日	
茨城県公安委員会 殿	
氏 名 印	
道路交通法第108条の 2 第 1 項第 8 号の規定による講習を受けたいので、講習手数料を添えて申請します。	
本籍又は国籍	
住 所	
氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
手 数 料 貼 付 欄	
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる

ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
備 考	

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第34号中「受講者の職務欄は、それぞれ該当するものを○で囲むこと。」を

「注 1 納付者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。」に

2 受講者の職務欄は、それぞれ該当するものを○で囲むこと。」

改める。

様式第35号の 2 を次のように改める。

様式第35号の 2

初心運転者講習通知手数料納付書 年 月 日 茨城県公安委員会 殿 氏 名 印 次のとおり初心運転者講習通知手数料を納付します。	
本籍又は国籍	
住 所	
氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
備 考	

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第35号の 4 及び様式第35号の 5 を次のとおり改める。

様式第35号の 4

高 齢 者 講 習 申 請 書	
年 月 日	
茨城県公安委員会 殿	
氏 名 印	
道路交通法第108条の 2 第 1 項第12号の規定による講習を受けたいので、講習手数料を添えて申請します。	
本籍又は国籍	
住 所	
氏 名 生 年 月 日	年 月 日生
手 数 料 貼 付 欄 (手数料 円)	
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる
ここに収入印紙を はがれないようにはる	ここに収入印紙を はがれないようにはる

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第35号の 5

違反者講習受講申請書	
年 月 日	
茨城県公安委員会 殿	
氏 名 印	
道路交通法第108条の 2 第 1 項第13号の規定による講習を受けたいので、講習手数料を添えて申請します。	
本籍又は国籍	

住 所		
氏 名	年 月 日生	
講 習 区 分	1 社会参加活動コース 手数料 円 (通知手数料 円を含む)	2 実車コース 手数料 円 (通知手数料 円を含む)
手 数 料 貼 付 欄 (手数料 円)		
ここに収入印紙を はがれないようにはる		ここに収入印紙を はがれないようにはる
ここに収入印紙を はがれないようにはる		ここに収入印紙を はがれないようにはる

注 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

(自動車運転者等に対する講習等に関する規則の一部改正)

第 6 条 自動車運転者等に対する講習等に関する規則 (平成 6 年茨城県公安委員会規則第 4 号) の一部を次のように改正する。

別記様式第41号を次のように改める。

別記様式第41号

取消処分者講習受講申請書											
年 月 日											
茨城県公安委員会 殿											
本籍											
住所											
氏名 印 (男・女)											
(旧姓) (年 月 日生)											
下記の通り取消処分者講習を受講したいので申請します。											
第 1 希 望 日	年 月 日から 月 日までの 2 日間										
第 2 希 望 日	年 月 日から 月 日までの 2 日間										
免許欠格期間満了の日	年 月 日まで										
取消前に取得していた免許の種類	大 普 大 大 普 小 原 け 大 普 大 け	二 二	ん 型 通 特 ン	型 通 特 ン	二 二 二 二						

希 望 す る 講 習 の 車 種	四 輪 車 二 輪 車 原 付 車
連 絡 先	住 所 郵便番号 電話番号
連 絡 事 項	
備 考	

備考 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則による改正前の茨城県金属くず取扱業に関する条例施行規則、風俗営業及び金属くず取扱業関係手数料の徴収に関する規則、茨城県テレホンクラブ等営業の規制に関する条例施行規則、銃砲刀剣類関係手数料の徴収に関する規則、茨城県道路交通法施行細則、自動車運転者等に対する講習等に関する規則に規定する様式による書面については、改正後の茨城県金属くず取扱業に関する条例施行規則、風俗営業及び金属くず取扱業関係手数料の徴収に関する規則、茨城県テレホンクラブ等営業の規制に関する条例施行規則、銃砲刀剣類関係手数料の徴収に関する規則、茨城県道路交通法施行細則、自動車運転者等に対する講習等に関する規則に規定する様式にかかわらず、当分の間、なおこれを使用することができる。この場合においては、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

~~~~~

#### 茨城県公安委員会規則第 5 号

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する規則の一部を改正する規則を次のように定める。

平成11年 6 月14日

茨城県公安委員会委員長    篠   原   健   治

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する規則の一部を改正する規則

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する規則（昭和43年茨城県公安委員会規則第 5 号）の一部を次のように改正する。

第 4 条の 2 第 2 号中「教護院」を「児童自立支援施設」に改める。

第 7 条中第 2 項を削り、第 3 項を第 2 項とし、第 4 項を第 3 項とする。

第 7 条の 2 第 1 項中「別記様式第11号の 3」を「別記様式第11号の 2」に改め、同条第 2 項中「別記様式第11号の 4」を「別記様式第11号の 3」に改める。

第17条第 1 項中第 2 号を削り、第 3 号を第 2 号とし、第 4 号を第 3 号とし、第 5 号を第 4 号とする。

様式第 3 号を次のように改める。

## 様式第 3 号 (第 5 条関係)

## 療 養 給 付 請 求 書

(1)

|                                                                               |                                                                                       |                       |    |       |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----|-------|
|                                                                               |                                                                                       | 請求回数                  | 第  | 回     |
| 茨城県警察本部長 殿                                                                    |                                                                                       | 請 求 年 月 日             | 平成 | 年 月 日 |
| 下記のとおり療養給付を請求します。                                                             |                                                                                       | (請求者)<br>住 所<br>氏 名 印 |    |       |
| (給付費用の受領委任)<br>この請求書による療養給付の費用の受領を 氏名 に委任します。 印                               |                                                                                       |                       |    |       |
| (委任に基づく支払請求)<br>上記委任に基づき、この請求書による療養給付の費用の支払を請求します。<br><br>支払請求者の 住 所<br>氏 名 印 |                                                                                       |                       |    |       |
| 1 協力援助者<br>住 所<br>氏 名 ( 年 月 日生)                                               |                                                                                       |                       |    |       |
| 2 負傷又は発病の年月日 平成 年 月 日 午前 午後 時頃                                                |                                                                                       |                       |    |       |
| 3 診 療 費                                                                       | 内訳は「9 医師の証明」欄記載のとおり                                                                   |                       |    | 円     |
| 4 調 剤 費                                                                       | 内訳は「10 薬剤師の証明」欄記載のとおり                                                                 |                       |    | 円     |
| 5 看 護 料                                                                       | <input type="checkbox"/> 訪問看護 内訳は「11 訪問看護事業者の証明」欄記載のとおり                               |                       |    | 円     |
|                                                                               | <input type="checkbox"/> 看護婦 平成 年 月 日から 日間<br><input type="checkbox"/> 付添婦 平成 年 月 日まで |                       |    | 円     |
| 6 移 送 費                                                                       | (交通費)<br>から まで キロメートル <input type="checkbox"/> 片道 回<br><input type="checkbox"/> 往復    |                       |    | 円     |
|                                                                               | (その他の移送費)                                                                             |                       |    | 円     |

|                |                |                |           |   |
|----------------|----------------|----------------|-----------|---|
| 7 上記以外の療養費     |                |                |           | 円 |
| 8 療養給付請求金額     |                |                |           | 円 |
| 受理<br>平成 年 月 日 | 決定<br>平成 年 月 日 | 支払<br>平成 年 月 日 | 決定金額<br>円 |   |
|                |                |                | 添付書類      | 枚 |

- (注) 1 印欄には記入しないこと。該当する□にレを記入すること。
- 2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。
- 3 「(給付費用の受領委任)」の欄には、診療に当たった医師若しくは医療機関、調剤に当たった薬剤師若しくは薬局又は訪問看護を行つた訪問看護事業者に療養給付の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。
- 4 「5 看護料」及び「6 移送費」については、訪問看護の場合を除き、費用の領収書又はこれに代わる証明書及び明細書を添付すること。
- 5 「7 上記以外の療養費」の欄には、その領収書及び明細書を添付すること。
- 6 (2)、(3)又は(4)の用紙の記入に代えて同様事項を記載した医師、薬剤師、柔道整復師又は訪問看護事業者の証明書を添付してもよい。

(2)

|                                                                          |                                            |                                       |                         |                                      |        |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|--------|
| 9 医師の証明                                                                  |                                            |                                       | (患者氏名)                  |                                      |        |
| 傷 病 名                                                                    |                                            |                                       |                         | (診療期間)                               |        |
| 傷 病 の 経 過<br>(現在の状態)                                                     |                                            | 平成 年 月 日<br>□ 治療 □ 死亡 □ 転医 □ 中止 □ 継続中 |                         | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで<br>診療実日数 日間 |        |
| 診療費の内訳                                                                   |                                            |                                       |                         |                                      | 金額 (円) |
| 診<br>療                                                                   | 初 診                                        |                                       |                         |                                      |        |
|                                                                          | 再 診                                        |                                       |                         |                                      |        |
|                                                                          | 往 診                                        |                                       |                         |                                      |        |
|                                                                          | 指 導                                        |                                       |                         |                                      |        |
| 投<br>薬                                                                   | 内 服<br>頓 服<br>外 用                          | (処方内容・使用量等)                           |                         |                                      |        |
| 注<br>射                                                                   | 皮 下 筋 肉 内<br>静 脈 内<br>そ の 他                |                                       |                         |                                      |        |
| 処<br>手<br>術<br>・<br>麻<br>酔                                               | (処置名・手術名・回数等)<br><br>(手術施行年月日)<br>平成 年 月 日 |                                       |                         |                                      |        |
| 検<br>査                                                                   | (検査名・回数等)                                  |                                       |                         |                                      |        |
| レント<br>ゲン                                                                | 透 視 診 断<br>写 真 診 断<br>撮 影<br>造 影 剤         | (使用フィルム・回数等)                          |                         |                                      |        |
| その他                                                                      | (治療名・回数等)                                  |                                       |                         |                                      |        |
| 入<br>院                                                                   | 入 院 期 間                                    |                                       | 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで 日間 |                                      |        |
|                                                                          | 基準<br>給食                                   | 看 特 2                                 | 入院料 (室料・看護料・給食料)        |                                      |        |
|                                                                          |                                            | 看 特 1                                 |                         |                                      |        |
|                                                                          | 普通<br>給食                                   | 看 1                                   | 入院時医学管理料                |                                      |        |
|                                                                          |                                            | 看 2                                   |                         |                                      |        |
|                                                                          | 基準<br>寝具                                   | 看 3                                   |                         |                                      |        |
| そ の 他                                                                    |                                            |                                       |                         |                                      |        |
| 診療費の合計                                                                   |                                            |                                       |                         |                                      | 円      |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。<br>平成 年 月 日<br>病院又は診療所の { 所在地<br>名 称<br>医師氏名<br>印 |                                            |                                       |                         |                                      |        |

(3)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |      |    |     |      |        |              |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|-----|------|--------|--------------|---------|
| 10 薬剤師の証明                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |      |    |     |      | (患者氏名) |              |         |
| 処方せんを交付した病院又は診療所の <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: left;">           所在地<br/>           名称<br/>           医師氏名         </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      |    |     |      |        |              |         |
| 調剤期間 平成      年      月      日から平成      年      月      日まで      日間<br><div style="text-align: right;">調剤実日数      日</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      |    |     |      |        |              |         |
| 調 剤 費 の 内 訳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |    |     |      |        |              | 金 額 (円) |
| 処方月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 調剤月日 | 剤型 | 処 方 | 調剤数量 | 薬剤価格   | 調 剤<br>手 数 料 |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      | 円      | 円            |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 月 日  |    |     |      |        |              |         |
| 調剤費の合計                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |    |     |      |        |              | 円       |
| 処方せんの枚数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |    |     |      |        |              | 枚       |
| 上記の事項は事実と相違ないことを証明します。<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 10px;"> <div>平成      年      月      日</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">薬局の</div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-right: 5px;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: left;">             所在地<br/>             名称<br/>             薬剤師氏名           </div> </div> </div> <div style="margin-left: 10px; text-align: right;">印</div> </div> |      |    |     |      |        |              |         |

(4)

|                                |                                  |                                                                                                        |  |
|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 11 訪問看護事業者の証明                  |                                  | (患者氏名)                                                                                                 |  |
| 傷病名                            |                                  | (訪問看護期間)                                                                                               |  |
| 傷病の経過                          |                                  | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで<br>訪問看護の回数 回                                                                  |  |
| 基<br>本<br>療<br>養<br>費          | 保健婦, 保健士, 看護婦, 看護師, 理学療法士, 作業療法士 | 指示年月日 年 月 日                                                                                            |  |
|                                | 円 × 回 = 円                        | 主治医への直近報告年月日 年 月 日                                                                                     |  |
|                                | 准看護婦, 准看護師<br>円 × 回 = 円          | 訪問日<br>1 2 3 4 5 6 7<br>8 9 10 11 12 13 14<br>15 16 17 18 19 20 21<br>22 23 24 25 26 27 28<br>29 30 31 |  |
| 管理療養費                          | 初日 円<br>2回目以降 回 円                |                                                                                                        |  |
| 情報提供療養費                        | 円                                | 提供した情報の概要                                                                                              |  |
|                                |                                  | 情報提供先の市(区)町村の名称                                                                                        |  |
| ターミナルケア療養費                     | 円<br>死亡年月日 年 月 日                 | (備考)                                                                                                   |  |
| 合計                             | 円                                |                                                                                                        |  |
| 訪問看護を指示した医療機関の名称及び主治医の氏名       |                                  |                                                                                                        |  |
| 医療機関の名称                        |                                  |                                                                                                        |  |
| 主治医氏名                          |                                  |                                                                                                        |  |
| 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                       |                                  |                                                                                                        |  |
| 訪問看護事業者の { 所在地<br>名 称<br>代表者氏名 |                                  |                                                                                                        |  |
| 印                              |                                  |                                                                                                        |  |

様式第 4 号を次のように改める。

様式第 4 号 (第 5 条関係)

障 害 給 付 一 時 金 請 求 書

|                                                   |                       |                |                         |   |   |
|---------------------------------------------------|-----------------------|----------------|-------------------------|---|---|
| 茨城県警察本部長 殿                                        | 請求年月日                 | 平成             | 年                       | 月 | 日 |
| 下記のとおり障害給付一時金を請求します。                              | (請求者)<br>住 所<br>氏 名 印 |                |                         |   |   |
| 1 協力援助者<br>住 所<br>氏 名 ( 年 月 日生)                   |                       |                |                         |   |   |
| 2 負傷又は発病の年月日<br><br>平成 年 月 日                      |                       |                | 3 治ゆ年月日<br><br>平成 年 月 日 |   |   |
| 4 障害等級 第 級                                        |                       |                |                         |   |   |
| 5 障害の部位及びその程度                                     |                       |                |                         |   |   |
| 6 既存障害とその程度                                       |                       |                |                         |   |   |
| 7 障害給付一時金請求金額<br><br>(給付基礎額) (倍 数)<br><br>円 × = 円 |                       |                |                         |   |   |
| 8 添付する書類その他の資料名                                   |                       |                |                         |   |   |
| 受理<br>平成 年 月 日                                    | 決定<br>平成 年 月 日        | 支払<br>平成 年 月 日 | 決定金額<br>円               |   |   |

|                                           |                                                                                                                                                       |         |                  |   |   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|---|---|
| 9<br>給<br>付<br>基<br>礎<br>額<br>の<br>証<br>明 | 給 付 基 礎 額                                                                                                                                             |         |                  |   | 円 |
|                                           | 内<br><br><br>訳                                                                                                                                        | 基 準 額   |                  |   | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       | 扶 養 親 族 | 配 偶 者            |   | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       |         | 子                | 人 | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       |         | 特定期<br>間にあ<br>る子 | 人 | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       |         | その他              | 人 | 円 |
|                                           | <p>給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">職<br/>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |         |                  |   |   |

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。
- 2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。
- 3 「5 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは、「診断書のとおり」と記入すること。
- 4 「6 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害給付を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 5 この請求書には、治ゆの時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書その他の資料を添付すること。

様式第 4 号の 2 を次のように改める。

様式第 4 号の 2 (第 5 条関係)

介 護 給 付 請 求 書

|                                                                                                                        |             |                          |                                                                                             |         |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------|
|                                                                                                                        |             | 請求回数                     |                                                                                             | 第       | 回     |
| 茨城県警察本部長 殿                                                                                                             |             | 請 求 年 月 日                |                                                                                             | 平成      | 年 月 日 |
| 下記のとおり介護給付を請求します。                                                                                                      |             | (請求者)<br>住 所<br>氏 名<br>印 |                                                                                             |         |       |
| 1 協力援助者<br>住 所<br>氏 名 ( 年 月 日生)                                                                                        |             |                          |                                                                                             |         |       |
| 2 負傷又は発病の年月日 平成 年 月 日                                                                                                  |             |                          |                                                                                             |         |       |
| 3 受けている年金の種類<br><input type="checkbox"/> 傷病給付年金 (傷病等級 級第 号)<br><input type="checkbox"/> 障害給付年金 (障害等級 級第 号)             |             |                          | 4 年金証書の番号<br>第 号                                                                            |         |       |
| 5 障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態                                                                                         |             |                          | 6 介護を要する状態の区分<br><input type="checkbox"/> 常時介護を要する状態<br><input type="checkbox"/> 随時介護を要する状態 |         |       |
| 7<br>請求<br>内容                                                                                                          | 請 求 対 象 年 月 | 介護に要する費用<br>として支出した額     | 親族等から介護を<br>受けた日の有無                                                                         | 請 求 月 額 |       |
|                                                                                                                        | 平成 年 月      | 円                        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | 円       |       |
|                                                                                                                        | 平成 年 月      | 円                        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                                       | 円       |       |
| 8 介護を受けた場所<br><input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 病院・施設等 (名称 : )<br>入院 (入所) 期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |             |                          |                                                                                             |         |       |
| 9<br>親族等で<br>介護に従<br>事した者                                                                                              | 氏 名         | 請 求 者 と の<br>続 柄 又 は 関 係 | 請求者が介護を受けた期間                                                                                |         |       |
|                                                                                                                        |             |                          | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日                                                                         |         |       |
|                                                                                                                        |             |                          | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日                                                                         |         |       |
|                                                                                                                        |             |                          | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日                                                                         |         |       |

|                  |                |                |           |   |
|------------------|----------------|----------------|-----------|---|
| 10 介護給付請求金額      |                |                |           | 円 |
| 11 添付する書類その他の資料名 |                |                |           |   |
| 受理<br>平成 年 月 日   | 決定<br>平成 年 月 日 | 支払<br>平成 年 月 日 | 決定金額<br>円 |   |

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。該当する□にレを記入すること。
- 2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。
- 3 「5 障害の部位及びその程度並びに当該障害に伴う日常生活の状態」の欄については、第1回目の請求を行う場合及び第2回目以降の請求において介護を要する状態に変更があつた場合にのみ記入することとし、記入事項が添付する医師等の証明書又はその写しの記載事項と同じであるときは、「証明書のとおり」と記入すること。
- 4 この請求書には、常時又は随時介護を要する状態にあることを示す医師等の証明書又はその写しその他必要な書類を添付すること。ただし、第2回目以降の請求において介護を要する状態に変更がない場合は、医師等の証明書又はその写しを添付しなくてもよい。

様式第 5 号を次のように改める。

様式第 5 号 (第 5 条関係)

## 遺 族 給 付 一 時 金 請 求 書

|                                                                    |                              |                                          |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|---------------------|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 茨城県警察本部長 殿<br><br>下記の遺族給付一時金を請求します。                                |                              | 請 求 年 月 日                                |                     | 平成 年 月 日       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                    |                              | (請求者)<br>住 所<br>氏 名<br>協力援助者との<br>続柄又は関係 |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 1 協力援助者<br>住 所<br>氏 名 ( 年 月 日生)                                    |                              |                                          |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 2 負傷又は発病の年月日<br>平成 年 月 日                                           |                              |                                          | 3 死亡年月日<br>平成 年 月 日 |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 4<br>遺<br>族<br>給<br>付<br>一<br>時<br>金<br>請<br>求<br>額<br>の<br>計<br>算 | 受給権者の氏名                      | 生年月日                                     | 協力援助者との<br>続柄又は関係   |                | $\left[ \begin{array}{l} \text{給 付} \\ \text{基礎額} \end{array} \right] \times \text{(倍数)} \left[ \begin{array}{l} \text{支給され} \\ \text{た年金及} \\ \text{び前払一} \\ \text{時金の額} \\ \text{の総計} \end{array} \right]$ $\left[ \begin{array}{c} \times \\ - \end{array} \right]$ $\times \frac{1}{\text{(受給権者の数)}} = \text{円}$ |  |
|                                                                    |                              |                                          |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                    |                              |                                          |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                    |                              |                                          |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                    |                              |                                          |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                    | 遺族給付<br>年金が支<br>給されて<br>いた場合 | 年金の受給権者で<br>あつた者の氏名                      |                     | 年金証書<br>の 番 号  | 支給された年金額の合計<br>(支給された前払一時金の額)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                                                                    |                              |                                          |                     |                | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                    |                              |                                          |                     |                | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                    |                              |                                          |                     |                | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|                                                                    | 遺族給付年金前払一時金が支給されていた場合        |                                          |                     |                | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 総 計                                                                |                              |                                          | 円                   |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 5 遺族給付一時金請求金額                                                      |                              |                                          |                     |                | 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 6 添付する書類その他の資料名                                                    |                              |                                          |                     |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 受理<br>平成 年 月 日                                                     |                              | 決定<br>平成 年 月 日                           |                     | 支払<br>平成 年 月 日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                    |                              |                                          |                     | 決定金額<br>円      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |

|                                           |                                                                                                                         |         |                  |   |   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|---|---|
| 7<br>給<br>付<br>基<br>礎<br>額<br>の<br>証<br>明 | 給 付 基 礎 額                                                                                                               |         |                  |   | 円 |
|                                           | 内<br><br><br>訳                                                                                                          | 基 準 額   |                  |   | 円 |
|                                           |                                                                                                                         | 扶 養 親 族 | 配 偶 者            |   | 円 |
|                                           |                                                                                                                         |         | 子                | 人 | 円 |
|                                           |                                                                                                                         |         | 特定期<br>間にあ<br>る子 | 人 | 円 |
|                                           |                                                                                                                         |         | その他              | 人 | 円 |
|                                           | <p>給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">職<br/>氏 名      印</p> |         |                  |   |   |

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。
- 2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第 6 号を次のように改める。

様式第 6 号 (第 5 条関係)

## 葬 祭 給 付 請 求 書

|                                                                                                                                                                               |                                                      |                |                         |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------|-------------------------|---|---|
| 茨城県警察本部長 殿<br><br><br>下記のとおり葬祭給付を請求します。                                                                                                                                       | 請 求 年 月 日                                            | 平成             | 年                       | 月 | 日 |
|                                                                                                                                                                               | (請求者)<br><br>住 所<br><br>氏 名<br><br>協力援助者との<br>続柄又は関係 |                |                         |   |   |
| 1 協力援助者<br><br><br>住 所<br><br><br>氏 名 ( 年 月 日生)                                                                                                                               |                                                      |                |                         |   |   |
| 2 負傷又は発病の年月日<br><br>平成 年 月 日                                                                                                                                                  |                                                      |                | 3 死亡年月日<br><br>平成 年 月 日 |   |   |
| 4 葬祭給付請求金額<br><br>(給付基礎額)<br>(A) 円 + 円 × 30 = 円<br><br>(給付基礎額)<br>(B) 円 × 60 = 円<br><br>(A) (B) のうち<br><br>高い方の金額 <input type="checkbox"/> (A) <input type="checkbox"/> (B) 円 |                                                      |                |                         |   |   |
| 受理<br>平成 年 月 日                                                                                                                                                                | 決定<br>平成 年 月 日                                       | 支払<br>平成 年 月 日 | 決定金額<br>円               |   |   |

|                                           |                                                                                                                                                       |         |                  |   |   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|---|---|
| 5<br>給<br>付<br>基<br>礎<br>額<br>の<br>証<br>明 | 給 付 基 礎 額                                                                                                                                             |         |                  |   | 円 |
|                                           | 内<br><br><br>訳                                                                                                                                        | 基 準 額   |                  |   | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       | 扶 養 親 族 | 配 偶 者            |   | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       |         | 子                | 人 | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       |         | 特定期<br>間にあ<br>る子 | 人 | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       |         | その他              | 人 | 円 |
|                                           | <p>給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">職<br/>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |         |                  |   |   |

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。
- 2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第 7 号を次のように改める。

様式第 7 号 (第 5 条関係)

未 支 給 の 給 付 請 求 書

|                             |                  |          |   |          |   |      |  |
|-----------------------------|------------------|----------|---|----------|---|------|--|
| 茨城県警察本部長 殿                  | 請 求 年 月 日        | 平成       | 年 | 月        | 日 |      |  |
|                             | (請求者)            |          |   |          |   |      |  |
| 下記のとおり未支給の給付を請求します。         | 住 所              |          |   |          |   |      |  |
|                             | 氏 名 印            |          |   |          |   |      |  |
|                             | 死亡した受給<br>権者との続柄 |          |   |          |   |      |  |
| 1 協力援助者                     |                  |          |   |          |   |      |  |
| 住 所                         |                  |          |   |          |   |      |  |
| 氏 名                         |                  |          |   |          |   |      |  |
| 2 死亡した受給権者                  |                  |          |   |          |   |      |  |
| 氏 名 協力援助者との<br>続柄又は関係       |                  |          |   |          |   |      |  |
| (平成 年 月 日死亡)                |                  |          |   |          |   |      |  |
| 3 未支給の給付の種類                 |                  |          |   |          |   |      |  |
| [年金たる給付のときは<br>年金証書の番号 第 号] |                  |          |   |          |   |      |  |
| 4 未支給の給付の請求金額               |                  |          |   |          |   |      |  |
| 円                           |                  |          |   |          |   |      |  |
| 5 添付する書類その他の資料名             |                  |          |   |          |   |      |  |
| 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 印の欄には記入しないこと。

2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第 8 号を次のように改める。

様式第 8 号 (第 5 条関係)

休 業 給 付 請 求 書

|                                 |                                                                                                 |                                                                                                                                                                   |                                |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
|                                 |                                                                                                 | 請 求 回 数                                                                                                                                                           | 第 回                            |
| 茨城県警察本部長 殿                      |                                                                                                 | 請 求 年 月 日                                                                                                                                                         | 平成 年 月 日                       |
| 下記のとおり休業給付を請求します。               |                                                                                                 | (請求者)<br>住 所<br>氏 名 印                                                                                                                                             |                                |
| 1 協力援助者<br>住 所<br>氏 名 ( 年 月 日生) |                                                                                                 |                                                                                                                                                                   |                                |
| 2 負傷又は発病年月日 平成 年 月 日            |                                                                                                 |                                                                                                                                                                   |                                |
| 3 請求日数                          | 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで のうち 日                                                                     |                                                                                                                                                                   |                                |
| 4 請求金額の計算                       | (給付基礎額) (日 数)<br>$\text{円} \times \frac{60}{100} \times = \text{円}$                             |                                                                                                                                                                   |                                |
| 5 休業給付請求金額                      | 円                                                                                               |                                                                                                                                                                   |                                |
| 医<br>師<br>の<br>証<br>明           | 傷病名                                                                                             | 現在の状況<br>平成 年 月 日<br><input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 中止 <input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 転医 |                                |
|                                 | [請求日数のうち療養のため業務に従事する<br>ことができなかったと認められる日数]<br>平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで<br>のうち 日<br>上記のとおりであると認めます。 |                                                                                                                                                                   | [業務に従事することができ<br>なかつたと認められる理由] |
|                                 | 平成 年 月 日<br>病院又は診療所の { 所在地<br>名 称<br>医師氏名 印                                                     |                                                                                                                                                                   |                                |
| 受理<br>平成 年 月 日                  |                                                                                                 | 決定<br>平成 年 月 日                                                                                                                                                    | 支払<br>平成 年 月 日                 |
| 決定金額<br>円                       |                                                                                                 |                                                                                                                                                                   | 添付書類<br>枚                      |

|                                           |                                                                                                                         |         |                  |   |   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|---|---|
| 7<br>給<br>付<br>基<br>礎<br>額<br>の<br>証<br>明 | 給 付 基 礎 額                                                                                                               |         |                  |   | 円 |
|                                           | 内<br><br><br>訳                                                                                                          | 基 準 額   |                  |   | 円 |
|                                           |                                                                                                                         | 扶 養 親 族 | 配 偶 者            |   | 円 |
|                                           |                                                                                                                         |         | 子                | 人 | 円 |
|                                           |                                                                                                                         |         | 特定期<br>間にあ<br>る子 | 人 | 円 |
|                                           |                                                                                                                         |         | その他              | 人 | 円 |
|                                           | <p>給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">職<br/>氏 名      印</p> |         |                  |   |   |

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。
- 2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。
- 3 該当する□にレ印を記入すること。
- 4 第2回以後の請求の場合における「3 請求日数」の欄の記入については、前回の請求後の分について記入すること。
- 5 第2回以後の請求の場合において給付基礎額に変更のない場合は、給付基礎額の内訳及び証明については省略してもよい。

様式第 9 号の 2 を次のように改める。

様式第 9 号の 2 (第 7 条関係)

傷 病 給 付 年 金 請 求 書

|                           |          |             |          |
|---------------------------|----------|-------------|----------|
|                           |          | 年金証書の番号     | 第 号      |
| 茨城県警察本部長 殿                |          | 請求年月日       | 平成 年 月 日 |
| 下記のとおり傷病給付年金の支給の決定を請求します。 |          | (請求者)       |          |
|                           |          | 住 所         |          |
|                           |          | 氏 名         | 印        |
| 1 協力援助者                   |          |             |          |
| 住 所                       |          |             |          |
| 氏 名 ( 年 月 日生)             |          |             |          |
| 2 負傷又は発病の年月日              |          |             |          |
| 平成 年 月 日                  |          |             |          |
| 3 傷病等級                    |          | 4 傷病等級該当年月日 |          |
| 第 級                       |          | 平成 年 月 日    |          |
| 5 傷病の名称, 部位及びその状態         |          |             |          |
| 6 既存障害の部位及びその程度           |          |             |          |
| 7 日常生活の状態                 |          |             |          |
| 8 傷病給付年金請求金額              |          |             |          |
| (給付基礎額)                   |          | (倍 数)       |          |
| 円 ×                       |          | = 円         |          |
| 9 添付する書類その他の資料名           |          |             |          |
| 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        |

|                                            |                                                                                                                                                       |         |                  |   |   |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|---|---|
| 10<br>給<br>付<br>基<br>礎<br>額<br>の<br>証<br>明 | 給 付 基 礎 額                                                                                                                                             |         |                  |   | 円 |
|                                            | 内<br><br><br>訳                                                                                                                                        | 基 準 額   |                  |   | 円 |
|                                            |                                                                                                                                                       | 扶 養 親 族 | 配 偶 者            |   | 円 |
|                                            |                                                                                                                                                       |         | 子                | 人 | 円 |
|                                            |                                                                                                                                                       |         | 特定期<br>間にあ<br>る子 | 人 | 円 |
|                                            |                                                                                                                                                       |         | その他              | 人 | 円 |
|                                            | <p>給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">職<br/>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |         |                  |   |   |

- (注)    1      印の欄には記入しないこと。
- 2      氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。
- 3      「5    傷病の名称，部位及びその状態」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 4      この請求書には，傷病等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

様式第10号を次のように改める。

様式第10号 (第 7 条関係)

障 害 給 付 年 金 請 求 書

|                           |          |          |          |
|---------------------------|----------|----------|----------|
|                           |          | 年金証書の番号  | 第 号      |
| 茨城県警察本部長 殿                |          | 請求年月日    | 平成 年 月 日 |
| 下記のとおり障害給付年金の支給の決定を請求します。 |          | (請求者)    |          |
|                           |          | 住 所      |          |
|                           |          | 氏 名      | 印        |
| 1 協力援助者                   |          |          |          |
| 住 所                       |          |          |          |
| 氏 名 ( 年 月 日生)             |          |          |          |
| 2 負傷又は発病の年月日              |          | 3 治癒年月日  |          |
| 平成 年 月 日                  |          | 平成 年 月 日 |          |
| 4 障害等級                    |          | 第 級      |          |
| 5 障害の部位及びその程度             |          |          |          |
| 6 既存障害とその程度               |          |          |          |
| 7 障害給付年金請求金額              |          |          |          |
| (給付基礎額)                   |          | (倍 数)    |          |
| 円 ×                       |          | = 円      |          |
| 8 添付する書類その他の資料名           |          |          |          |
| 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        |

|                                           |                                                                                                                                                       |         |                  |   |   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------|---|---|
| 9<br>給<br>付<br>基<br>礎<br>額<br>の<br>証<br>明 | 給 付 基 礎 額                                                                                                                                             |         |                  |   | 円 |
|                                           | 内<br><br><br>訳                                                                                                                                        | 基 準 額   |                  |   | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       | 扶 養 親 族 | 配 偶 者            |   | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       |         | 子                | 人 | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       |         | 特定期<br>間にあ<br>る子 | 人 | 円 |
|                                           |                                                                                                                                                       |         | その他              | 人 | 円 |
|                                           | <p>給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>平成      年      月      日</p> <p style="text-align: center;">職<br/>氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> |         |                  |   |   |

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。
- 2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。
- 3 「5 障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付する診断書の記載事項と同じであるときは「診断書のとおり」と記入すること。
- 4 「6 既存障害とその程度」の欄には、新たに既存の障害の程度を加重した場合に記入するものとし、既存障害について障害給付を支給された場合は、その該当等級を明記すること。
- 5 この請求書には、治ゆの時期の決定及び障害等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

様式第11号を次のように改める。

様式第11号 (第 7 条関係)

遺 族 給 付 年 金 請 求 書

|                           |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|-----------|-----|
|                           |                                                                                                                                           | 年金証書の番号    |          | 第 号       |     |
| 茨城県警察本部長 殿                |                                                                                                                                           | 請求年月日      | 平成       | 年         | 月 日 |
| 下記のとおり遺族給付年金の支給の決定を請求します。 |                                                                                                                                           | (請求者又は代表者) |          |           |     |
|                           |                                                                                                                                           | 住 所        |          |           |     |
|                           |                                                                                                                                           | 氏 名 印      |          |           |     |
|                           |                                                                                                                                           | 協力援助者との続柄  |          |           |     |
| 1 協力援助者                   |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
| 住 所                       |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
| 氏 名 ( 年 月 日生)             |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
| 2 負傷又は発病の年月日              |                                                                                                                                           |            | 3 死亡年月日  |           |     |
| 平成 年 月 日                  |                                                                                                                                           |            | 平成 年 月 日 |           |     |
| 4 請求の事由                   | <input type="checkbox"/> 協力援助者の死亡 <input type="checkbox"/> 先順位者の失権 <input type="checkbox"/> 胎児であつた子の出生 <input type="checkbox"/> 先順位者の所在不明 |            |          |           |     |
| 5 請求者及び遺族給付年金を受けることができる遺族 | 氏 名                                                                                                                                       | 生年月日       | 住 所      | 協力援助者との続柄 | 備 考 |
|                           |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
|                           |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
|                           |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
|                           |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
| 6 既に遺族給付年金を受けていた遺族        | 氏 名                                                                                                                                       | 生年月日       | 住 所      | 協力援助者との続柄 | 備 考 |
|                           |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
|                           |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
|                           |                                                                                                                                           |            |          |           |     |
|                           |                                                                                                                                           |            |          |           |     |

|                                        |                                                              |                |                              |                         |     |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------|------------------------------|-------------------------|-----|
| 7 遺族給<br>付年金請<br>求額の計<br>算             | (給付基礎額) (倍 数)                                                |                |                              |                         |     |
|                                        | ×                                                            |                | × $\frac{1}{\text{(請求者の数)}}$ |                         | = 円 |
| 8 遺族給<br>付年金請<br>求額                    | 請求者が1人の場合又は代表者を選<br>任しない場合                                   |                |                              |                         | 円   |
|                                        | 代表者を選任した場合                                                   |                |                              | (7の請求金額) (請求者の数)<br>× = | 円   |
| 9 添付する書類その他の資料名                        |                                                              |                |                              |                         |     |
| 9 給<br>付<br>基<br>礎<br>額<br>の<br>証<br>明 | 給 付 基 礎 額                                                    |                |                              |                         | 円   |
|                                        | 内<br><br><br>証                                               | 基 準 額          |                              |                         | 円   |
|                                        |                                                              | 扶 養 親 族        | 配 偶 者                        |                         | 円   |
|                                        |                                                              |                | 子                            | 人                       | 円   |
|                                        |                                                              |                | 特定期<br>間にある<br>子             | 人                       | 円   |
|                                        |                                                              |                | その他                          | 人                       | 円   |
|                                        | 給付基礎額については、上記のとおり相違ないことを証明します。<br>平成 年 月 日<br><br>職<br>氏 名 印 |                |                              |                         |     |
| 受理<br>平成 年 月 日                         |                                                              | 決定<br>平成 年 月 日 |                              | 決定金額<br>円               |     |

- (注) 1 印の欄には記入しないこと。該当する□にレ印を記入すること。
- 2 氏名を記載し押印することに代えて、署名することができる。
- 3 「5 請求者及び遺族給付年金を受けることができる遺族」の欄の備考には、その者が請求者であるときは請、その者が代表者であるときは代、その者が心身の故障により軽易な労務にしか従事できないような状態にある者であるときは障、また、その者が請求者と生計を同じくしているときは世と明記すること。

様式第11号の 2 を削る。

様式第11号の 3 を次のように改める。

様式第11号の 2 (第 7 条の 2 関係)

年 金 受 給 金 融 機 関 届 出 書

|                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |          |   |   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------|---|---|
| 茨城県警察本部長 殿<br><br>傷病<br>障害 給付年金を下記において受け取りたいので<br>遺族<br><br>届け出ます。                                                         | 届出年月日                                                                                                                                                                                                                                                                        | 平成 | 年        | 月 | 日 |
|                                                                                                                            | 年金証書の番号                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | 第 号      |   |   |
|                                                                                                                            | (受給権者又は代表者)<br><br>住 所<br><br>氏 名 <span style="float: right;">印</span>                                                                                                                                                                                                       |    |          |   |   |
| (金融機関名)<br><br><div style="text-align: right;">           銀 行<br/><br/>           本 店<br/><br/>           支         </div> | 所 在 地<br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> 座 名<br/><br/> <input type="checkbox"/> 座 番 号         </div> <div> <input type="checkbox"/> 当 座 預 金<br/><br/> <input type="checkbox"/> 普 通 預 金         </div> </div> |    |          |   |   |
| 備 考                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |          |   |   |
| 届 出 受 理 年 月 日                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    | 平成 年 月 日 |   |   |

- (注) 1 金融機関を届け出の場合には、あらかじめ給付を実施する者に相談のうえ届け出ること。  
 2 届出者は、印の欄は記入しないこと。  
 3 届出者は、氏名を記載し押印することに代えて、署名することができる。

様式第11号の 4 を次のように改める。

様式第11号の 3 (第 7 条の 2 関係)

年 金 受 給 金 融 機 関 変 更 届 出 書

|                                     |                           |    |          |   |   |
|-------------------------------------|---------------------------|----|----------|---|---|
| 茨城県警察本部長 殿                          | 届出年月日                     | 平成 | 年        | 月 | 日 |
|                                     | 年 金 証 書 の 番 号             |    | 第 号      |   |   |
|                                     | (受給権者又は代表者)               |    |          |   |   |
| 傷病<br>障害 給付年金の受取を下記のとおり変更したいの<br>遺族 | 住 所                       |    |          |   |   |
| で届け出ます。                             | 氏 名 印                     |    |          |   |   |
| 変 更 前                               | 変 更 後                     |    |          |   |   |
| (金融機関名)                             | (金融機関名)                   |    |          |   |   |
| 銀 行                                 | 銀 行                       |    |          |   |   |
| 本 店                                 | 本 店                       |    |          |   |   |
| 支                                   | 支                         |    |          |   |   |
|                                     | 所 在 地                     |    |          |   |   |
|                                     | □ 座 名 □ 当 座 預 金 □ 普 通 預 金 |    |          |   |   |
|                                     | □ 座 番 号                   |    |          |   |   |
| 備 考                                 |                           |    |          |   |   |
| 届 出 受 理 年 月 日                       |                           |    | 平成 年 月 日 |   |   |

- (注) 1 金融機関を変更する場合には、あらかじめ給付を実施する者に相談のうえ届け出ること。  
 2 届出者は、印の欄は記入しないこと。  
 3 届出者は、氏名を記載し押印することに代えて、署名することができる。

様式第12号を次のように改める。

様式第12号 (第 8 条関係)

(1)

第 号

協 力 援 助 者

年 金 証 書

(2)

受給権者の氏名

受給権者の住所

( 年 月 日生)

年 金 の 種 類

(第 級)

年 金 の 額

円

支 給 開 始 年 月

平成 年 月

警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律の規定により上記のとおり支給します。

平成 年 月 日

茨城県警察本部長

印

(3)

## 注 意 事 項

- 1 この証書は、警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する法律によつて、傷病給付年金、障害給付年金又は遺族給付年金の支給を受ける権利を有することを証明する書類ですから大切に保管して下さい。
- 2 この給付は、毎年 2 月、4 月、6 月、8 月、10 月及び 12 月に、それぞれの前月までの分を支払います。なお、障害賠償を受けた場合は、その限度で年金が支払われないことがあります。
- 3 次の場合に該当することとなつたときは、速やかにその事実を証明する書類を添えてその旨を給付を実施する者に届け出るとともに、併せてこの証書を提出して下さい。
  - (1) 氏名又は住所を変更した場合
  - (2) 傷病給付年金においては、その傷病等級に変更のあつた場合
  - (3) 障害給付年金においては、その障害等級に変更のあつた場合
  - (4) 遺族給付年金においては、次に掲げる場合
    - ア 年金の算定の基礎となる遺族の数に増減を生じた場合（子、孫又は兄弟姉妹が 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日が終了したためこの年金を受けることができる遺族でなくなつた場合を除く。）
    - イ 年金を受けることができる遺族が 55 歳未満の妻だけであるときは、心身の故障により軽易な労務にしか従事できないような状態になつた場合又はその状態でなくなつた場合（障害の程度については、給付を実施する者に相談してください。）
- 4 この給付を受ける権利は、譲り渡したり、担保（国民金融公庫又は沖縄振興開発金融公庫に供する担保の場合は除く。）に供したりすることはできません。また、差押えを受けることもありません。
- 5 この証書を亡失したり損傷したりしたときは、給付を実施する者に再交付を請求してください。また、年金の額の変更の場合を除き、証書の記載事項に変更を生じた場合は、この証書と引換えに新しい証書を交付します。
- 6 あらかじめ給付を実施する者からその必要がないと通知された場合を除き、毎年 2 月 1 日から同月末日までの間に、給付を実施する者に療養若しくは障害の現状又は遺族の現状に関する報告書を提出してください。
- 7 この年金を受ける権利を失つた場合は、この証書を給付を実施する者に返納してください。年金を受ける権利を失う場合は、次のいずれかに該当した場合です。
  - (1) 傷病給付年金の場合
    - ア 受給権者が死亡した場合
    - イ 病状が好転し年金を受けられない程度の障害の状態になつた場合  
(障害の状態については、給付を実施する者に相談してください。)
  - (2) 障害給付年金の場合
    - ア 受給権者が死亡した場合
    - イ 障害が直り、又は年金を受けられない程度の障害に回復した場合  
(障害の程度については、給付を実施する者に相談してください。)
  - (3) 遺族給付年金の場合
    - ア 受給権者が死亡した場合
    - イ 受給権者が婚姻（届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にある場合を含む。）をした場合

(4)

ウ 直系血族又は直系姻族以外の者の養子（届出をしていないが事実上養子縁組関係と同様の事情にある者を含む。）となった場合

エ 離縁によつて死亡した協力援助者との親族関係が終了した場合

オ 受給権者が死亡した協力援助者の子，孫又は兄弟姉妹であるときはその者が18歳に達する日以後の最初の3月31日が終了した場合（その者が協力援助者の死亡の時から引き続き心身の故障により軽易な労務にしか従事できない状態にあるときを除く。）

カ 心身の故障により軽易な労務にしか従事できない状態にあることにより受給権者となつている者がその状態でなくなつた場合

8 給付を実施する者への届出，提出，請求等は下記の担当部署あてに行ってください。

(担当部署)

(所在地)

(電話番号)

様式第13号を次のように改める。

様式第13号 (第 8 条関係)

年 金 証 書 再 交 付 請 求 書

|                                                                 |                                                                    |          |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|
| 茨城県警察本部長 殿                                                      | 請 求 年 月 日                                                          | 平成 年 月 日 |
| 下記の年金証書を亡失したため再交付を請求します。<br><small>損傷</small>                   | (請 求 者)<br><br>住 所<br><br>氏 名 <span style="float: right;">印</span> |          |
| 1 証 書 番 号 <span style="float: right;">第 号</span>                |                                                                    |          |
| 2 証書交付年月日 <span style="float: right;">平成 年 月 日</span>           |                                                                    |          |
| 3 受給権者の氏名                                                       |                                                                    |          |
| 4 傷 病 等 級 <span style="float: right;">第 級</span><br>障 害         |                                                                    |          |
| 傷 病<br>5 障 害 給付年金の額 <span style="float: right;">円</span><br>遺 族 |                                                                    |          |
| 受 理<br><br>平成 年 月 日                                             | 再交付<br><br>平成 年 月 日                                                |          |

(注) 1 印の欄には記入しないこと。

2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 この請求書には、年金証書の亡失の理由を明らかにすることのできる書類又は損傷した年金証書を添付すること。

様式第14号の 2 を次のように改める。

様式第14号の 2 (第 9 条関係)

傷 病 給 付 変 更 請 求 書

|                                        |                                 |                 |
|----------------------------------------|---------------------------------|-----------------|
| 茨城県警察本部長 殿<br><br>下記のとおり傷病給付の変更を請求します。 | 請 求 年 月 日                       | 平 成 年 月 日       |
|                                        | 年金証書の番号                         | 第 号             |
|                                        | (請 求 者)<br><br>住 所<br><br>氏 名 印 |                 |
| 1 現在受けている傷病給付年金の傷病等級 第 級               |                                 |                 |
| 2 現在受けている傷病給付年金の支給が開始された年月 平成 年 月      |                                 |                 |
| 3 障害の程度に変更があつた年月日 平成 年 月 日             |                                 |                 |
| 4 傷病の名称, 部位及びその状態                      |                                 |                 |
| 5 変更後の傷病等級 第 級                         |                                 |                 |
| 6 添付する書類その他の資料名                        |                                 |                 |
| 受 理<br><br>平成 年 月 日                    | 決 定<br><br>平成 年 月 日             | 決定等級<br><br>第 級 |

(注) 1 印の欄には記入しないこと。

2 氏名を記載し及び押印することに代えて, 署名することができる。

3 「4 傷病の名称, 部位及びその状態」の欄の記入事項が添付された診断書と同じであるときは, 「診断書のとおり」と記入すること。

4 この請求書には, 障害の程度に変更があつた時期の決定及び変更後の傷病等級の決定に必要な医師の診断書その他の書類及び資料を添付すること。

様式第15号を次のように改める。

様式第15号 (第 9 条関係)

障 害 給 付 変 更 請 求 書

|                                                                       |                                                                |                          |
|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 茨城県警察本部長 殿<br><br>下記のとおり障害給付の変更を請求します。                                | 請 求 年 月 日                                                      | 平 成      年      月      日 |
|                                                                       | 年金証書の番号                                                        | 第                      号 |
|                                                                       | (請 求 者)<br><br>住      所<br><br>氏      名                      印 |                          |
| 1    現在受けている障害給付年金の障害等級                      第                      級 |                                                                |                          |
| 2    現在受けている障害給付年金の支給が開始された年月                      平成      年      月   |                                                                |                          |
| 3    障害の程度に変更があつた年月日                      平成      年      月      日     |                                                                |                          |
| 4    障害の部位及びその程度                                                      |                                                                |                          |
| 5    変更後の障害等級                      第                      級           |                                                                |                          |
| 6    添付する書類その他の資料名                                                    |                                                                |                          |
| 受      理                                                              | 決      定                                                       | 決定等級                     |
| 平成      年      月      日                                               | 平成      年      月      日                                        | 第                      級 |

(注) 1    印の欄には記入しないこと。

2    氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3    「4    障害の部位及びその程度」の欄の記入事項が添付された診断書と同じであるときは、「診断書の  
とおり」と記入すること。

4    この請求書には、障害の程度に変更があつた時期の決定及び変更後の障害等級の決定に必要な医師の診  
断書その他の書類及び資料を添付すること。

様式第19号を次のように改める。

様式第19号 (第12条関係)

障害給付年金差額一時金請求書

|                     |                       |                                              |                                                                            |
|---------------------|-----------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 茨城県警察本部長 殿          |                       | 請求年月日                                        | 平成 年 月 日                                                                   |
|                     |                       | (請 求 者)<br>住 所<br>氏 名 印<br>協力援助者との<br>続柄又は関係 |                                                                            |
| 1 協力援助者に関する事項       |                       | 下記の障害給付年金差額一時金を請求します。                        |                                                                            |
|                     |                       | 協力援助者<br>住 所<br>氏 名<br>( 年 月 日生)             | (死亡年月日)<br>平成 年 月 日<br>(死亡時の障害等級)<br>第 級                                   |
|                     |                       | (既存障害とその程度)                                  |                                                                            |
| 2 障害給付年金差額一時金請求額の計算 | 受給権者の氏名               | 協力援助者との続柄                                    | (給 付 基 礎 額) (倍数) (支給された年金及び前払一時金の額の総計)<br>( 円 × - 円 )<br>× = 円<br>(受給権者の数) |
|                     |                       |                                              |                                                                            |
|                     |                       |                                              |                                                                            |
|                     |                       |                                              |                                                                            |
|                     | 障害給付年金が支給されていた場合      | [年金証書]<br>番号 第 号                             | [支給された年金<br>金額の合計] 円                                                       |
|                     | 障害給付年金前払一時金が支給されていた場合 | [年金証書]<br>番号 第 号                             | [支給された前<br>払一時金の額] 円                                                       |
|                     | 総 計                   |                                              | 円                                                                          |
| 3 障害給付年金差額一時金の請求額   |                       | 円                                            |                                                                            |
| 4 添付する書類その他の資料名     |                       |                                              |                                                                            |
| 受 理<br>平成 年 月 日     | 決 定<br>平成 年 月 日       | 支 払<br>平成 年 月 日                              | 決定金額<br>円                                                                  |

(注) 1 印の欄には記入しないこと。

2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 「(既存障害とその程度)」の欄には、同一部位について障害の程度を加重した場合に記入するものとし、特に既存障害について障害給付を支給された場合は、その該当等級を明記すること。

様式第19号の2を次のように改める。

様式第19号の2 (第12条関係)

障害給付年金前払一時金請求書

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                |                                              |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------|
| 茨城県警察本部長 殿<br><br>下記の障害給付年金前払一時金を請求します。   | 請 求 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 平 成      年      月      日       |                                              |
|                                           | (請 求 者)<br>住 所<br>氏 名 <span style="float: right;">印</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |                                              |
| 1 (障害等級) 第                  級             | 2 (既存障害とその程度)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |                                              |
| 3 請求者が選択する障害給付年金前払一時金の額                   | <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> 障害給付年金前払一時金の限度額<br/> <input type="checkbox"/> 1,200倍<br/> <input type="checkbox"/> 1,000倍<br/>           給付基 <input type="checkbox"/> 800倍<br/>           礎額の <input type="checkbox"/> 600倍<br/> <input type="checkbox"/> 400倍<br/> <input type="checkbox"/> 200倍         </div> <div style="flex: 1; text-align: right;">           に相当する額         </div> </div> |                                |                                              |
| 4 障害給付年金前払一時金の請求額                         | (1) 限度額を選択した場合 <span style="float: right;">円</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |                                              |
|                                           | (2) 限度額以外を選択した場合<br>(給付基礎額)                  円 ×                  倍 =                  円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                                              |
| 5 障害給付年金前払一時金の申出を行つた月までの期間に係る障害給付年金の額の合計額 | 平成      年      月分から      年      月分まで <span style="float: right;">円</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                |                                              |
| 6 障害給付年金の支給決定に関する通知を受けた年月日                | 平成                  年                  月                  日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                |                                              |
| 受 理<br>平成      年      月      日            | 決 定<br>平成      年      月      日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 支 払<br>平成      年      月      日 | 決定金額<br><span style="float: right;">円</span> |

(注) 1 印の欄には記入しないこと。

2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 「2 (既存障害とその程度)」の欄には、同一部位について障害の程度を加重した場合に記入するものとし、特に既存障害について障害給付を支給された場合には、その該当等級を明記すること。

4 「3 請求者が選択する障害給付年金前払一時金の額」の欄については、請求者が選択する□にレ印を記入すること。

5 「5 障害給付年金前払一時金の申出を行つた月までの期間に係る障害給付年金の額の合計額」及び「6 障害給付年金の支給決定に関する通知を受けた年月日」欄には、障害給付年金の最初の支払に先立つて申し出る場合は記入しないこと。

様式第19号の 3 を次のように改める。

様式第19号の 3 (第12条関係)

遺族給付年金前払一時金請求書

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <p>茨城県警察本部長 殿</p> <p>下記の遺族給付年金前払一時金を請求します。</p>               | <p>請 求 年 月 日</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>平 成      年      月      日</p> |
| <p>1 請求者（代表者）が選択する遺族給付年金前払一時金の額</p>                          | <p>請 求 者（代表者）</p> <p>住      所</p> <p>氏      名 <span style="float: right;">印</span></p> <p>協力援助者との<br/>続柄又は関係</p><br><p style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> 1,000倍<br/> <input type="checkbox"/> 800倍<br/> <input type="checkbox"/> 600倍    に相当する額<br/> <input type="checkbox"/> 400倍<br/> <input type="checkbox"/> 200倍         </p> |                                 |
| <p>2 遺族給付年金前払一時金の請求額</p>                                     | <p>(給付基礎額)</p> <p style="text-align: right;">円 ×      倍 × ————— =      円</p> <p style="text-align: right;">(請求者の数)</p>                                                                                                                                                                                                                                |                                 |
| <p>3 遺族給付年金前払一時金の請求額の合計額</p>                                 | <p>( 2 つの請求額 )      ( 請求者の数 )</p> <p style="text-align: right;">円 ×      =      円</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |
| <p>4 遺族給付年金前払一時金の申出を行つた月までの期間に係る遺族給付年金の額の合計額</p>             | <p>平成      年      月分から      年      月分まで</p> <p style="text-align: right;">円</p>                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |
| <p>5 遺族給付年金の支給決定に関する通知を受けた年月日</p>                            | <p>平成      年      月      日</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |
| <p>(代表者の氏名)</p> <p>.....を代表者して、遺族給付年金前払一時金の請求及び受領を委任します。</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 |

|                 |     |                 |                 |           |
|-----------------|-----|-----------------|-----------------|-----------|
| 請求者の同順位者        | 住 所 | 氏 名             | 協力援助者との続柄       |           |
|                 |     | 印               |                 |           |
|                 |     | 印               |                 |           |
|                 |     | 印               |                 |           |
|                 |     | 印               |                 |           |
| 受 理<br>平成 年 月 日 |     | 決 定<br>平成 年 月 日 | 支 払<br>平成 年 月 日 | 決定金額<br>円 |

(注) 1 印の欄には記入しないこと。

2 氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 「1 請求者（代表者）が選択する遺族給付年金前払一時金の額」の欄については、請求者（代表者）が選択する□にレ印を記入すること。

4 「4 遺族給付年金前払一時金の申出を行つた月までの期間に係る遺族給付年金の額の合計額」及び「5 遺族給付年金の支給決定に関する通知を受けた年月日」欄には、遺族給付年金の最初の支払に先立つて申し出る場合は記入しないこと。

様式第21号を次のように改める。

様式第21号 (第15条関係)

遺族給付年金支給停止申請書

|                            |     |                                                                  |     |             |         |
|----------------------------|-----|------------------------------------------------------------------|-----|-------------|---------|
| 茨城県警察本部長 殿                 |     | 請 求 年 月 日                                                        |     | 平 成 年 月 日   |         |
|                            |     | (請 求 者)<br>年金証書の番号 第 号<br>住 所<br>氏 名 印<br>( 年 月 日生)<br>所在不明者との続柄 |     |             |         |
| 1<br>所<br>在<br>不<br>明<br>者 |     | 年 金 証 書 の 番 号                                                    |     | 第 号         |         |
|                            |     | 氏 名                                                              |     |             |         |
|                            |     | 最 後 の 住 所                                                        |     |             |         |
|                            |     | 所在不明となつた年月日                                                      |     | 平成 年 月 日    |         |
|                            |     | 所 在 不 明 事 由                                                      |     |             |         |
| 2<br>申 請 者 の 同 順 位 者       | 氏 名 |                                                                  | 住 所 |             | 年金証書の番号 |
|                            |     |                                                                  |     |             |         |
|                            |     |                                                                  |     |             |         |
|                            |     |                                                                  |     |             |         |
|                            |     |                                                                  |     |             |         |
| 3 添付する書類その他の資料名            |     |                                                                  |     |             |         |
| 受 理                        |     | 決 定                                                              |     | 決定内容        |         |
| 平成 年 月 日                   |     | 平成 年 月 日                                                         |     | 平成 年 月分から停止 |         |

(注) 1 申請者は、印の欄には記入しないこと。

2 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 「1 所在不明者」の年金証書の番号欄には、その番号が不明のときは記入する必要はない。

4 この申請書には、所在不明となつた者の所在が1年以上明らかでないことを証明することのできる書類を添付すること。

様式第22号を次のように改める。

様式第22号 (第15条関係)

遺族給付年金支給停止解除請求書

|                                                                                 |                                                                                                  |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <p>茨城県警察本部長 殿</p><br><br><br><br><br><br><br><p>下記のとおり遺族給付年金の支給停止の解除を申請します。</p> | <p>請求年月日</p>                                                                                     | <p>平成 年 月 日</p>                   |
|                                                                                 | <p>(申請者)</p><br><br><p>年金証書の番号 第 号</p><br><br><p>住 所</p><br><br><p>氏 名 印</p><br><p>( 年 月 日生)</p> |                                   |
| <p>支給停止となつた年月 平成 年 月</p>                                                        |                                                                                                  |                                   |
| <p>受 理</p><br><p>平成 年 月 日</p>                                                   | <p>決 定</p><br><p>平成 年 月 日</p>                                                                    | <p>決定内容</p><br><p>平成 年 月分から解除</p> |

(注) 1 申請者は、印の欄には記入しないこと。

2 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第23号を次のように改める。

様式第23号 (第16条, 第16条の 2 関係)

療 養 現 状 報 告 書  
障 害

|                                           |                                                                    |          |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------|
| 茨城県警察本部長 殿<br><br>下記のとおり療 養 障 害の現状を報告します。 | 報告年月日                                                              | 平成 年 月 日 |
|                                           | (報 告 者)<br><br>住 所<br><br>氏 名 <span style="float: right;">印</span> |          |
| 1 負傷又は発病年月日                               | 平成 年 月 日                                                           |          |
| 2 療養開始年月日                                 | 平成 年 月 日                                                           |          |
| 3 傷病給付年金 支給開始年月<br>障害給付年金                 | 平成 年 月                                                             |          |
| 4 年金証書の番号                                 | 第 号                                                                |          |
| 5 傷病名又は障害等級                               |                                                                    |          |
| 6 傷病の経過又は障害の状況                            |                                                                    |          |
| 7 日常生活の概況                                 |                                                                    |          |
| 8 添付する書類その他の資料名                           |                                                                    |          |

(注) 1 報告者は、印の欄には記入しないこと。

2 報告者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

3 療養・障害についてはいずれかを○で囲むこと。

4 「7 日常生活の概況」の欄の記入に当たっては、最近1年間について記入すること。

|                            |                                                                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 9<br>医<br>師<br>の<br>証<br>明 | 傷病又は障害の種類                                                            |
|                            | 傷病の経過及び治療方法の概要                                                       |
|                            | 傷病又は障害の現状                                                            |
|                            | 今後の見込み                                                               |
|                            | 上記のとおりであると認めます。<br>平成 年 月 日<br><br>病院又は診療所の {所在地<br>名 称<br>医師氏名<br>印 |

様式第24号を次のように改める。

様式第24号 (第16条関係)

遺 族 の 現 状 報 告 書

|                                                          |     |      |     |                                    |            |                         |
|----------------------------------------------------------|-----|------|-----|------------------------------------|------------|-------------------------|
| 茨城県警察本部長 殿                                               |     |      |     | 報告年月日                              | 平成 年 月 日   |                         |
|                                                          |     |      |     | (報告者)<br>住 所<br>氏 名<br>年金証書の番号 第 号 |            |                         |
| 下記のとおり遺族の現状を報告します。                                       |     |      |     |                                    |            |                         |
| 1 協力援助者の氏名                                               |     |      |     |                                    |            |                         |
| (平成 年 月 日死亡)                                             |     |      |     |                                    |            |                         |
| 2<br>遺<br>族<br>給<br>付<br>年<br>金<br>受<br>給<br>資<br>格<br>者 | 氏 名 | 生年月日 | 住 所 | 協力援助者<br>との続柄                      | 障害の<br>有 無 | 報告者と生計を同じく<br>している事実の有無 |
|                                                          |     |      |     |                                    | 有・無        | 有 ・ 無                   |
|                                                          |     |      |     |                                    | 有・無        | 有 ・ 無                   |
|                                                          |     |      |     |                                    | 有・無        | 有 ・ 無                   |
|                                                          |     |      |     |                                    | 有・無        | 有 ・ 無                   |
|                                                          |     |      |     |                                    | 有・無        | 有 ・ 無                   |
| 3 添付する書類その他の資料名                                          |     |      |     |                                    |            |                         |

(注) 1 報告者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

2 2の欄の障害とは、心身の故障により軽易な労務にしか従事できない状態をいう。

3 2の欄の有無いずれかを○で囲むこと。

A 4

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則による改正前の警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する規則に規定する様式による書面については、改正後の警察官の職務に協力援助した者の災害給付に関する規則に規定する様式にかかわらず、当分の間、なおこれを使用することができる。この場合においては、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

## 告 示

### 茨城県告示第687号

茨城県青少年のための環境整備条例（昭和37年茨城県条例第60号）第 8 条第 1 項の規定に基づき、青少年に有害な興行として次のものを指定する。

平成11年 6 月14日

茨城県知事      橋      本      昌

| 指定番号    | 種類 | 題 名                         | 配 給 社 名   |
|---------|----|-----------------------------|-----------|
| 1 4 2 5 | 映画 | 人妻発情期 不倫まみれ                 | 新 日 本 映 像 |
| 1 4 2 6 | 映画 | 喪服姉妹 タップリ濡らして               | 新 東 宝 映 画 |
| 1 4 2 7 | 映画 | エロスのしたたり                    | 新 東 宝 映 画 |
| 1 4 2 8 | 映画 | 女子大生 朝まで抱いて                 | 大 蔵 映 画   |
| 1 4 2 9 | 映画 | 女がイク瞬間 覗かれた痴態               | 大 蔵 映 画   |
| 1 4 3 0 | 映画 | 武道派黒社会 GOKUDO STREET        | 大 映       |
| 1 4 3 1 | 映画 | 三十路の女将 くわえ泣き                | 新 日 本 映 像 |
| 1 4 3 2 | 映画 | 新日本映像ニュース 三十路の女将 くわえ泣き      | 新 日 本 映 像 |
| 1 4 3 3 | 映画 | ノーパン妻 週末は不倫狂い               | 大 蔵 映 画   |
| 1 4 3 4 | 映画 | 和服義母の貞操帯 - 肉締まり -           | 新 日 本 映 像 |
| 1 4 3 5 | 映画 | 新日本映像ニュース 和服義母の貞操帯 - 肉締まり - | 新 日 本 映 像 |
| 1 4 3 6 | 映画 | ソープ嬢 生尺泡まみれ                 | 大 蔵 映 画   |
| 1 4 3 7 | 映画 | 美人受付嬢 不適切な関係                | 新 日 本 映 像 |
| 1 4 3 8 | 映画 | 新日本映像ニュース 美人受付嬢 不適切な関係      | 新 日 本 映 像 |
| 1 4 3 9 | 映画 | 濡れ上手 白衣の未亡人                 | 新 日 本 映 像 |
| 1 4 4 0 | 映画 | 新日本映像ニュース 濡れ上手 白衣の未亡人       | 新 日 本 映 像 |
| 1 4 4 1 | 映画 | アナーキー・イン・じゃぱんすけ 見られてイク女     | 国映・新東宝    |
| 1 4 4 2 | 映画 | 主婦の性 淫らな野外エッチ               | 大 蔵 映 画   |
| 1 4 4 3 | 映画 | 女痴漢調査官 2 バストで御用！            | 新 東 宝 映 画 |
| 1 4 4 4 | 映画 | 縄と男たち 5 傷だらけの懺悔録            | E N K プ ロ |
| 1 4 4 5 | 映画 | 魅惑の令嬢 Gの快感                  | 大 蔵 映 画   |
| 1 4 4 6 | 映画 | 制服淫ら天使 吸い尽くす                | 大 蔵 映 画   |
| 1 4 4 7 | 映画 | 若菜瀬奈 恥じらいの性                 | 大 蔵 映 画   |

### 茨城県告示第686号

結核予防法（昭和26年法律第96号）第36条第 1 項の規定により、次の医療機関を指定し、同条第 4 項の規定により、次の医療機関は指定を辞退したので公示する。

平成11年 6 月14日

茨城県知事      橋      本      昌

(指 定)

| 名 称                 | 所 在 地                | 指定年月日         |
|---------------------|----------------------|---------------|
| 医療法人千樹会 小田医院        | 鹿島郡波崎町8635           | 平成 9 年10月28日  |
| 医療法人明仁クリニック 加納医院    | つくば市大字花室860          | 平成10年 7 月 1 日 |
| 浅野薬局                | 新治郡八郷町柿岡1843         | 平成10年 7 月27日  |
| 今川薬局日立田尻店           | 日立市田尻町 3 - 23 - 5    | 平成10年 7 月27日  |
| サンライフ薬局             | 北茨城市大津町字水汲戸2521 - 2  | 平成10年 7 月31日  |
| 上杉医院                | 鹿島郡鉾田町大字鉾田1635 - 1   | 平成10年 8 月 1 日 |
| 河内クリニック             | 水戸市金町 3 - 1 - 17     | 平成10年 8 月 4 日 |
| カイセイ薬局              | 水戸市城東 1 - 8 - 3      | 平成10年 8 月 4 日 |
| 友愛薬局水戸店             | 水戸市城東 1 - 3 - 11     | 平成10年 8 月 4 日 |
| はまなす薬局              | 鹿島市大字和825 - 1        | 平成10年 8 月10日  |
| さくら薬局笠間店            | 笠間市石井字寺前1301 - 1     | 平成10年 8 月10日  |
| 福田小児科医院             | 水戸市酒門町3155 - 4       | 平成10年 8 月18日  |
| アルファーム美浦店薬局         | 稲敷郡美浦村大谷1216 - 1     | 平成10年 8 月18日  |
| 有限会社成和薬局            | 古河市横山町 1 - 7 - 25    | 平成10年 9 月 1 日 |
| 神田山調剤薬局             | 岩井市大字神田山657 - 2      | 平成10年 9 月 1 日 |
| Drugてらしま薬局石下店       | 結城郡石下町新石下3930 - 1    | 平成10年 9 月 3 日 |
| つくし野クリニック           | 真壁郡真壁町椎尾2022         | 平成10年 9 月10日  |
| 北茨城薬局               | 北茨城市大津町2697 - 1      | 平成10年10月 1 日  |
| もりや小児科医院            | 北相馬郡守谷町松ヶ丘 4 - 2 - 5 | 平成10年10月 1 日  |
| スミレ薬局               | いわき市錦町上中田 8          | 平成10年10月15日   |
| いばらき診療所             | ひたちなか市高場167 - 2      | 平成10年10月28日   |
| (有) 春木屋薬局           | 水戸市笠原町1192 - 6       | 平成10年10月30日   |
| いしざき薬局              | 東茨城郡大洗町大貫町14 - 2     | 平成10年10月30日   |
| アスカ薬局石岡店            | 石岡市石岡3399 - 1        | 平成10年11月 2 日  |
| ごとう内科               | 石岡市石岡3453 - 1        | 平成10年11月 4 日  |
| あさひクリニック            | 西茨城郡友部町旭町108 - 6     | 平成10年11月 4 日  |
| 林田医院                | 石岡市若宮 1 - 1 - 37     | 平成10年11月 5 日  |
| さんごうクリニック           | 真壁郡協和町三郷763 - 1      | 平成10年11月 5 日  |
| スルガヤ薬局              | 水戸市大工町 2 - 1 - 28    | 平成10年11月13日   |
| ぶらす薬局               | 土浦市大岩田2472           | 平成10年11月16日   |
| 有限会社シュウメディカル スガワ薬局  | 鹿島郡神栖町神栖 1 - 17 - 25 | 平成10年11月26日   |
| かもめ・大津港クリニック        | 北茨城市大津町北町字富深田432 - 1 | 平成10年12月 1 日  |
| うるの薬局               | 那珂郡大宮町宇留野426         | 平成10年12月 7 日  |
| みなみ薬局               | 石岡市南台 3 - 1177 - 4   | 平成10年12月 9 日  |
| 野上病院                | 土浦市東崎町 6 - 8         | 平成10年12月10日   |
| 株式会社カワチ薬品 カワチ薬局五軒町店 | 水戸市五軒町 2 - 3 - 43    | 平成10年12月14日   |
| 佐竹内科医院              | 鹿嶋市荒野1545 - 35       | 平成10年12月14日   |

| 名 称                   | 所 在 地                      | 指定年月日         |
|-----------------------|----------------------------|---------------|
| 谷井田薬局                 | 筑波郡伊奈町谷井田1077 - 3          | 平成11年 1 月 4 日 |
| とのやま薬局                | ひたちなか市殿山町 1 - 3 - 8        | 平成11年 1 月 5 日 |
| 下館胃腸科分院               | 下館市二木成1526                 | 平成11年 1 月 8 日 |
| さわや薬局                 | ひたちなか市津田西久保3244 - 2        | 平成11年 1 月11日  |
| 北茨城中央クリニック            | 北茨城市磯原町豊田字鳥井戸420, 421, 422 | 平成11年 1 月12日  |
| りふる薬局                 | 鹿島郡鉾田町新鉾田西 2 - 2 - 8       | 平成11年 1 月12日  |
| 三島屋薬局                 | つくば市大字館野270 - 2            | 平成11年 1 月13日  |
| いこい調剤薬局               | つくば市上横場2365 - 8            | 平成11年 1 月25日  |
| アルファーム薬局友部店           | 西茨城郡友部町八雲 2 - 1058 - 208   | 平成11年 1 月27日  |
| ハセガワ薬局                | 那珂郡山方町山方1185 - 3           | 平成11年 1 月28日  |
| 訪問看護ステーション涼風苑         | 龍ヶ崎市貝原塚町3689               | 平成11年 2 月 1 日 |
| スルガヤ薬局                | 那珂郡那珂町菅谷4468 - 1           | 平成11年 2 月 1 日 |
| 医療法人社団徳心会 パークシティクリニック | 土浦市大字小岩田659 - 6            | 平成11年 2 月17日  |
| モン調剤薬局                | ひたちなか市東石川 3 - 28 - 10      | 平成11年 2 月17日  |
| 上柏田クリニック              | 牛久市上柏田 1 - 16 - 12         | 平成11年 2 月17日  |
| 医療法人社団桜水会 筑波病院        | つくば市大角豆1761                | 平成11年 2 月26日  |
| 学園調剤薬局                | つくば市榎戸509 - 40             | 平成11年 3 月 1 日 |
| マスタ調剤薬局               | 岩井市辺田1423 - 1              | 平成11年 3 月 1 日 |
| 優心クリニック               | 結城市大字結城字塔ノ下町749 - 1 - 101  | 平成11年 3 月 1 日 |
| 医療法人慈政会 小柳病院          | 猿島郡総和町大字稲宮字前久保1001         | 平成11年 3 月 1 日 |
| 西尾耳鼻咽喉科医院             | 鹿島郡神栖町息栖3924 - 3           | 平成11年 3 月 2 日 |
| テラカド薬局                | 土浦市下高津 2 - 6 - 24          | 平成11年 3 月16日  |
| 寺島薬局大曽根店              | つくば市大曽根字吾妻3653 - 1         | 平成11年 3 月26日  |
| かりん薬局                 | 猿島郡五霞町大字元栗橋3267 - 6        | 平成11年 4 月 1 日 |
| 医療法人義志会 こまつ内科クリニック    | つくば市上横場1178 - 1            | 平成11年 4 月 2 日 |
| 株式会社エビス薬局             | 鹿島郡神栖町大字息栖3924             | 平成11年 4 月 5 日 |
| 成島クリニック               | つくば市館野363                  | 平成11年 4 月13日  |
| 高須薬局                  | 鹿島郡鉾田町鉾田1585 - 4           | 平成11年 4 月20日  |
| 中根薬局                  | 鹿島郡鉾田町大字鉾田1534             | 平成11年 4 月22日  |
| あい薬局                  | 日立市金沢町 1 - 7 - 23          | 平成11年 4 月22日  |
| 有限会社桃園薬局              | 新治郡新治村下坂田2012 - 6          | 平成11年 4 月27日  |
| パール薬局                 | 牛久市南 1 - 3 - 28            | 平成11年 5 月 6 日 |
| おおだいら薬局               | ひたちなか市大平 4 - 3 - 13        | 平成11年 5 月 7 日 |

(辞 退)

| 名 称          | 所 在 地            | 指定年月日         |
|--------------|------------------|---------------|
| 小田医院         | 鹿島郡波崎町8635       | 平成 9 年10月 1 日 |
| 医療法人慈政会 小柳病院 | 古河市東本町 4 - 2 - 2 | 平成 9 年10月 1 日 |

| 名 称         | 所 在 地                | 指 定 年 月 日     |
|-------------|----------------------|---------------|
| あおば薬局       | ひたちなか市青葉町16 - 10 - 5 | 平成10年 1 月19日  |
| サンライフ薬局     | 北茨城市大津町字水汲戸2521 - 2  | 平成10年 6 月30日  |
| 上杉医院        | 鹿島郡鉾田町大字鉾田1635 - 1   | 平成10年 7 月31日  |
| パークシティクリニック | 土浦市永国町東田1131 - 1     | 平成10年 9 月30日  |
| さんごうクリニック   | 真壁郡協和町三郷763 - 1      | 平成10年11月 4 日  |
| 学園調剤薬局      | つくば市上横場2573 - 89     | 平成11年 2 月28日  |
| マスタ調剤薬局     | 岩井市辺田1422 - 1        | 平成11年 2 月28日  |
| 鯨井内科        | 下妻市下妻丁250 - 1        | 平成11年 3 月 3 日 |
| 広瀬医院        | 下館市野殿1595            | 平成11年 3 月25日  |
| こまつ内科クリニック  | つくば市上横場1178          | 平成11年 3 月31日  |

## 茨城県告示第689号

健康保険法（大正11年法律第70号）第43条の3第1項の規定により、次の病院及び診療所並びに薬局を保険医療機関及び保険薬局に指定した。

平成11年 6 月14日

茨城県知事 橋 本 昌

## 〔 医 科 新 規 〕

| 名 称              | 所 在 地             | 指 定 年 月 日     |
|------------------|-------------------|---------------|
| 高田整形外科           | 龍ヶ崎市松ヶ丘2 - 24 - 6 | 平成11年 6 月 1 日 |
| つくば橋本眼科          | つくば市古来字沖畑530      | 平成11年 6 月 1 日 |
| いしつか診療所          | 東茨城郡常北町石塚558 - 1  | 平成11年 6 月 1 日 |
| 芝田クリニック          | 猿島郡五霞町山王368       | 平成11年 6 月 1 日 |
| 内科 石川医院          | 水戸市緑町 1 - 8 - 21  | 平成11年 5 月 1 日 |
| 滝田 整形外科          | 石岡市府中 2 - 2 - 12  | 平成11年 5 月 1 日 |
| 医療法人 隆志会 斎藤クリニック | 龍ヶ崎市馴馬町602 - 7    | 平成11年 5 月 1 日 |
| 小泉医院             | 那珂郡大宮町909 - 1     | 平成11年 5 月 1 日 |
| 川村医院             | 稲敷郡阿見町曙178        | 平成11年 5 月 1 日 |

## 〔 歯 科 新 規 〕

| 名 称             | 所 在 地                          | 指 定 年 月 日     |
|-----------------|--------------------------------|---------------|
| ホワイト歯科          | 日立市幸町 1 - 17 - 1 イトーヨーカ堂別館 3 階 | 平成11年 6 月 1 日 |
| くりのみ歯科診療所       | 新治郡霞ヶ浦町穴倉6204 - 12             | 平成11年 6 月 1 日 |
| 医療法人 やまだ歯科クリニック | つくば市下広岡752 - 4                 | 平成11年 5 月 1 日 |
| 飯田 歯科           | 那珂郡東海村舟石川818 - 5               | 平成11年 5 月19日  |
| 石井歯科医院          | 稲敷郡阿見町若栗1890 - 1               | 平成11年 5 月 5 日 |
| 医療法人社団青峰会 わかば歯科 | 真壁郡明野町海老ヶ島754 - 4              | 平成11年 5 月 1 日 |

## 〔 薬局 新規 〕

| 名 称        | 所 在 地               | 指 定 年 月 日     |
|------------|---------------------|---------------|
| フロー薬局 河和田店 | 水戸市河和田町5003 - 4     | 平成11年 6 月 1 日 |
| さいとう薬局     | 日立市東大沼町 3 - 19 - 3  | 平成11年 6 月 1 日 |
| わかば薬局 高萩   | 高萩市下手綱大谷口1928 - 1   | 平成11年 6 月 1 日 |
| 今川薬局 北茨城店  | 北茨城市巾着町上桜井2535      | 平成11年 6 月 1 日 |
| おおだいら薬局    | ひたちなか市大平 4 - 3 - 13 | 平成11年 6 月 1 日 |
| 綿引薬局       | 新治郡霞ヶ浦町坂770         | 平成11年 6 月 1 日 |
| くるみ薬局      | 猿島郡三和町諸川1186 - 5    | 平成11年 6 月 1 日 |
| エノモト薬局     | 結城郡八千代町平塚3485       | 平成11年 5 月 1 日 |

## 〔 医科 更新対象 〕

| 名 称             | 所 在 地                | 指 定 年 月 日     |
|-----------------|----------------------|---------------|
| 黒羽内科医院          | 水戸市曙町10 - 30         | 平成11年 6 月 1 日 |
| 水戸市休日夜間緊急診療所    | 水戸市笠原町993 - 13       | 平成11年 6 月 1 日 |
| 台町クリニック         | 水戸市元台町1513           | 平成11年 6 月 1 日 |
| 姫野産婦人科医院        | 日立市弁天町 1 - 12 - 3    | 平成11年 6 月 3 日 |
| 島田外科医院          | 日立市大みか町 2 - 13 - 18  | 平成11年 6 月 1 日 |
| 畠山産婦人科医院        | 日立市幸町 2 - 12 - 3     | 平成11年 6 月 1 日 |
| 日立厚生医院          | 日立市鮎川町 5 - 9 - 9     | 平成11年 6 月 1 日 |
| 飯村耳鼻咽喉科医院       | 土浦市中央 1 - 11 - 20    | 平成11年 6 月 1 日 |
| 清水医院            | 土浦市中荒川沖町13 - 1       | 平成11年 6 月15日  |
| 植田医院            | 土浦市桜町 3 - 8 - 13     | 平成11年 6 月 1 日 |
| つくばメンタルクリニック    | 土浦市港町ホープレジデンス203     | 平成11年 6 月 1 日 |
| 日高耳鼻科医院         | 土浦市川口 2 - 1 - 17     | 平成11年 6 月11日  |
| 松永外科医院          | 古河市東本町 3 - 15 - 36   | 平成11年 6 月17日  |
| 下館南クリニック 内科・歯科  | 下館市二木成843 - 1        | 平成11年 6 月 1 日 |
| 渡利耳鼻咽喉科医院       | 竜ヶ崎市寺後3602           | 平成11年 6 月15日  |
| 田崎内科小児科         | 笠間市下市毛161            | 平成11年 6 月16日  |
| 野村医院            | 取手市大字桑原1081          | 平成11年 6 月 1 日 |
| 保母メディコデンタルクリニック | 取手市戸頭 4 - 7 - 29     | 平成11年 6 月 1 日 |
| 海老原医院           | 岩井市神田山645            | 平成11年 6 月 1 日 |
| 蛭原医院            | 牛久市田宮町1071 - 5       | 平成11年 6 月10日  |
| 医療法人社団河合医院      | 牛久市田宮103 - 14        | 平成11年 6 月 1 日 |
| 有田皮膚科医院         | つくば市大字小野崎字立ノ下759 - 1 | 平成11年 6 月 1 日 |
| 勝田クリニック         | ひたちなか市勝田本町22 - 2     | 平成11年 6 月 1 日 |
| 大洗クリニック         | 東茨城郡大洗町和銅20 - 1      | 平成11年 6 月 1 日 |
| 木村医院            | 那珂郡瓜連町瓜連1101         | 平成11年 6 月 1 日 |
| 西村医院            | 那珂郡緒川村上小瀬2081        | 平成11年 6 月 1 日 |

| 名 称           | 所 在 地                   | 指 定 年 月 日     |
|---------------|-------------------------|---------------|
| 神長医院          | 久慈郡大子町西金13番地            | 平成11年 6 月 1 日 |
| 労働福祉事業団鹿島労災病院 | 鹿島郡波崎町土合本町 1 - 9108 - 2 | 平成11年 6 月 1 日 |
| 白井医院          | 新治郡千代田町稲吉 2 - 14 - 11   | 平成11年 6 月 1 日 |
| 松岡整形外科        | 真壁郡明野町中上野724            | 平成11年 6 月25日  |
| キュービー診療所      | 猿島郡五霞町大字小手指字大崎1800      | 平成11年 6 月15日  |
| 境クリニック        | 猿島郡境町旭町168 - 10         | 平成11年 6 月 1 日 |
| カリオクリニック      | 北相馬郡守谷町松前台 1 - 7 - 10   | 平成11年 6 月 1 日 |

## 〔 歯科 更新対象 〕

| 名 称              | 所 在 地                          | 指 定 年 月 日     |
|------------------|--------------------------------|---------------|
| 根本歯科医院           | 水戸市米沢町379 - 10 - 11            | 平成11年 6 月 1 日 |
| 加茂歯科医院           | 土浦市小岩田字ヤオサ691 - 2              | 平成11年 6 月 1 日 |
| いいつか歯科           | 土浦市文京町11 - 7                   | 平成11年 6 月 1 日 |
| 富田歯科医院           | 石岡市東石岡 3 - 4 - 19              | 平成11年 6 月 1 日 |
| 須藤歯科医院           | 石岡市東光台 4 - 11 - 1              | 平成11年 6 月 1 日 |
| 渡辺歯科医院           | 下館市大字外塚821                     | 平成11年 6 月 1 日 |
| 福田歯科医院           | 下館市大町甲93 - 2                   | 平成11年 6 月10日  |
| 野村歯科医院           | 竜ヶ崎市出し山145                     | 平成11年 6 月 1 日 |
| 橋本歯科医院           | 常陸太田市磯部町1123 - 1 (1123 - 3)    | 平成11年 6 月 1 日 |
| 菊池歯科医院           | 高萩市有明町 1 丁目10                  | 平成11年 6 月 1 日 |
| 白山医院歯科           | 取手市白山 2 - 19 - 3               | 平成11年 6 月 1 日 |
| 真中歯科医院           | 岩井市岩井4657                      | 平成11年 6 月 7 日 |
| 串田歯科医院           | つくば市大字上郷2783 - 1               | 平成11年 6 月 1 日 |
| 高橋歯科診療室          | つくば市要元猿壁石堂 1 - 45              | 平成11年 6 月 1 日 |
| 梅原歯科医院           | ひたちなか市相金34 - 15                | 平成11年 6 月 1 日 |
| 沼田歯科医院           | 鹿嶋市大字津賀字一本松1916 - 7 及び1917 - 5 | 平成11年 6 月 1 日 |
| 高宮歯科医院           | 東茨城郡内原町内原1531                  | 平成11年 6 月 1 日 |
| 出久根歯科医院          | 西茨城郡岩間町下郷4074 - 1              | 平成11年 6 月 1 日 |
| 伊藤デンタルクリニック      | 那珂郡東海村村松字下ノ内1220 - 538         | 平成11年 6 月 1 日 |
| 五月女歯科医院          | 那珂郡那珂町菅谷字杉原5485 - 1            | 平成11年 6 月 1 日 |
| 保科歯科医院           | 鹿島郡銚田町銚田1591                   | 平成11年 6 月 1 日 |
| 井川歯科医院           | 鹿島郡銚田町大字紅葉64 - 2               | 平成11年 6 月25日  |
| 高柳歯科医院           | 鹿島郡銚田町1522                     | 平成11年 6 月 1 日 |
| 関戸歯科医院           | 行方郡潮来町あやめ町 1 - 13 - 17         | 平成11年 6 月 1 日 |
| 医療法人社団 裕和会小貫歯科医院 | 稲敷郡東町橋向1771                    | 平成11年 6 月 1 日 |
| ときわ歯科医院          | 稲敷郡阿見町阿見3227                   | 平成11年 6 月 1 日 |
| 高野歯科医院           | 新治郡千代田町大字市川419                 | 平成11年 6 月 1 日 |
| 中村歯科医院           | 猿島郡境町若林2276                    | 平成11年 6 月 1 日 |

| 名 称     | 所 在 地                | 指 定 年 月 日     |
|---------|----------------------|---------------|
| 諸川歯科診療所 | 猿島郡三和町諸川862 - 2      | 平成11年 6 月 1 日 |
| 杉山歯科医院  | 北相馬郡利根町布川字栄618 - 312 | 平成11年 6 月15日  |
| 相良歯科医院  | 北相馬郡守谷町守谷甲 7         | 平成11年 6 月 1 日 |
| 大津歯科医院  | 北相馬郡守谷町立沢1163 - 37   | 平成11年 6 月 1 日 |
| 飯塚歯科医院  | 北相馬郡藤代町上萱場字南2155     | 平成11年 6 月 1 日 |

## 〔 薬局 更新対象 〕

| 名 称        | 所 在 地                     | 指 定 年 月 日     |
|------------|---------------------------|---------------|
| アオキ薬局      | 水戸市五軒町 3 - 1 - 2          | 平成11年 6 月 1 日 |
| 一真堂薬局      | 水戸市千波町1286 - 10           | 平成11年 6 月 1 日 |
| 山川薬局白梅店    | 水戸市白梅 4 - 1 - 25 高正ビル 1 階 | 平成11年 6 月 9 日 |
| 石井薬局 渡里店   | 水戸市堀町894 - 6              | 平成11年 6 月 1 日 |
| みがわファミリー薬局 | 水戸市見川町2131 - 1165         | 平成11年 6 月 1 日 |
| 快明薬局       | 土浦市桜町 1 - 14 - 8          | 平成11年 6 月15日  |
| 太陽堂薬局      | 石岡市国府 6 - 2 - 4           | 平成11年 6 月15日  |
| キノシタ薬局     | 取手市戸頭 6 - 2 - 4           | 平成11年 6 月 1 日 |
| ミナト薬局      | ひたちなか市湊本町 5 番 6 号         | 平成11年 6 月 1 日 |
| みやわき健康薬局   | 鹿嶋市宮中2048 - 20            | 平成11年 6 月 1 日 |
| タキタ薬局      | 東茨城郡内原町中原787              | 平成11年 6 月 1 日 |
| アポテーク薬局    | 那珂郡大宮町上町357 - 4           | 平成11年 6 月 1 日 |
| 土子薬局       | 鹿島郡銚田町大字銚田1531 - 2        | 平成11年 6 月 1 日 |
| 今川薬局潮来店    | 行方郡潮来町辻416 - 1            | 平成11年 6 月 1 日 |
| アップル薬局     | 猿島郡三和町諸川641 - 1           | 平成11年 6 月 1 日 |
| さんわ薬局      | 猿島郡三和町東山田4162 - 2         | 平成11年 6 月 1 日 |
| 三健堂薬局      | 北相馬郡藤代町櫛木2499 - 2         | 平成11年 6 月 1 日 |

## 茨城県告示第690号

健康保険法（大正11年法律第70号）第43条の 5 第 1 項の規定により、次の医師及び歯科医師並びに薬剤師を保険医及び保険薬剤師に登録した。

平成11年 6 月14日

茨城県知事 橋 本 昌

| 氏 名     | 登録記号番号  | 登録年月日        |
|---------|---------|--------------|
| 鶴 田 聡 美 | 茨歯 3313 | 平成11年 5 月24日 |
| 寺 尾 美 紀 | 茨薬 3517 | 平成11年 5 月24日 |

## 茨城県告示第691号

次の事項に係る建物における小売業の事業活動については、調整が行われることがあるので、大規模小売店舗にお

ける小売業の事業活動の調整に関する法律（昭和48年法律第109号）第 3 条第 2 項の規定により，公示する。

平成11年 6 月14日

茨城県知事 橋 本 昌

- 1 届出者の氏名又は名称 株式会社 ケーズデンキ
- 2 建物の名称及び所在地 ケーズデンキ土浦パワフル館  
土浦市小岩田西 1 丁目1212番 外

茨城県告示第692号

土地改良法（昭和24年法律第195号）第89条の 2 第 1 項の規定により県営土地改良事業岩間南部地区全換地区に係る換地計画を定めたので，関係書類を次のとおり縦覧に供する。

平成11年 6 月14日

茨城県知事 橋 本 昌

- 1 縦覧に供する書類  
換地計画書の写し
- 2 縦覧期間  
平成11年 6 月15日から  
平成11年 7 月12日まで
- 3 縦覧の場所  
岩間町役場

茨城県告示第693号

道路法（昭和27年法律第180号）第18条第 2 項の規定に基づき，道路の供用を次のように開始する。

その関係図面は，平成11年 6 月14日から30日間茨城県土木部道路維持課において一般の縦覧に供する。

平成11年 6 月14日

茨城県知事 橋 本 昌

- 1 路 線 名 県 道 八代庄兵衛新田線
- 2 供用開始の区間 竜ヶ崎市八代町字東谷津4352番 1 地先から  
竜ヶ崎市八代町字東谷津4344番地先まで  
竜ヶ崎市八代町字東谷津4255番地先から  
竜ヶ崎市八代町字稲塚台3714番 1 地先まで  
竜ヶ崎市八代町字西谷3624番地先から  
竜ヶ崎市八代町字西谷3581番地先まで  
竜ヶ崎市貝原塚町字南原田640番 4 地先から  
竜ヶ崎市貝原塚町字山崎781番 2 地先まで
- 3 供用開始の期日 平成11年 6 月14日

茨城県告示第694号

土地区画整理法（昭和29年法律第119号）第29条第 1 項の規定に基づき，常陸太田市中城町猿ヶ橋土地区画整理組合の理事の氏名及び住所について届出があったので，同条第 2 項の規定に基づき次のとおり告示する。

平成11年 6 月14日

茨城県知事 橋 本 昌

理事に就任した者

|     | 氏 名     | 住 所                    |
|-----|---------|------------------------|
| 理 事 | 武 弓 四 郎 | 常陸太田市宮本町318番地の 1       |
| "   | 石 月 榮 二 | 常陸太田市内堀町3246番地の 2      |
| "   | 佐 藤 二 郎 | 常陸太田市中城町3409番地の 2      |
| "   | 鈴 木 余 吉 | 常陸太田市金井町1868番地の 5      |
| "   | 赤 須 新   | 神奈川県藤沢市片瀬海岸 3 丁目17番11号 |

茨城県告示第695号

茨城県那珂郡山方町に事務所を置く小貫土地改良区から、次のとおり役員が就退任した旨、土地改良法（昭和24年法律第195号）第18条第16項の規定に基づき届出があったので、同法第18条第17項の規定により公告する。

平成11年 6 月14日

茨城県常陸太田土地改良事務所長 雨 沢 誠

## 1 退 任

| 住 所             | 職 名 | 氏 名     | 摘 要 |
|-----------------|-----|---------|-----|
| 那珂郡山方町大字小貫707番地 | 監 事 | 松 山 昭 二 |     |

## 2 就 任

| 住 所                | 職 名 | 氏 名   | 摘 要 |
|--------------------|-----|-------|-----|
| 那珂郡山方町大字小貫548番地の 2 | 監 事 | 小野瀬 稔 |     |

茨城県告示第696号

水戸市大塚町1852番地の 5 に事務所を置く渡里台地土地改良区から次のとおり役員が退任した旨、土地改良法（昭和24年法律第195号）第18条第16項の規定により届出があったので、同法第18条第17項の規定により公告する。

平成11年 6 月14日

茨城県水戸土地改良事務所長 松 崎 武 則

## 退 任

| 住 所             | 職 名 | 氏 名     | 摘 要 |
|-----------------|-----|---------|-----|
| 東茨城郡茨城町大字長岡81番地 | 理 事 | 郡 司 和 幸 |     |

茨城県告示第697号

茨城県久慈郡水府村に事務所を置く水府南部土地改良区から、次のとおり役員が退任した旨、土地改良法（昭和24年法律第195号）第18条第16項の規定に基づき届出があったので、同法第18条第17項の規定により公告する。

平成11年 6 月14日

茨城県常陸太田土地改良事務所長 雨 沢 誠

## 1 退 任

| 住 所              | 職 名 | 氏 名     | 摘 要 |
|------------------|-----|---------|-----|
| 久慈郡水府村大字棚谷1717番地 | 理 事 | 平 山 幸 夫 |     |
| " 大字棚谷1699番地     | "   | 山 本 文   |     |

## 茨城県告示第698号

潮来出島土地改良区から平成11年 4 月30日付けで認可申請のあった潮来地区土地改良事業については、土地改良法（昭和24年法律第195号）第48条第 9 項において準用する同法第 8 条第 1 項の規定により平成11年 6 月 1 日適当と決定した。

なお、関係書類をつぎのとおり縦覧に供する。

平成11年 6 月14日

茨城県銚田土地改良事務所長 堀 田 政 義

## 1 縦覧に供する書類

潮来出島土地改良区定款の写し

潮来地区土地改良事業計画書の写し

## 2 縦覧の期間

平成11年 6 月17日から

平成11年 7 月14日まで

## 3 縦覧の場所

潮来町役場

## 茨城県告示第699号

玉造町から平成11年 3 月30日付けで認可申請のあった若海地区土地改良事業については、土地改良法（昭和24年法律第195号）第96条の 2 第 5 項において準用する同法第 8 条第 1 項の規定により平成11年 6 月 1 日適当と決定した。

なお、関係書類をつぎのとおり縦覧に供する。

平成11年 6 月14日

茨城県銚田土地改良事務所長 堀 田 政 義

## 1 縦覧に供する書類

若海地区土地改良事業計画書の写し

## 2 縦覧の期間

平成11年 6 月17日から

平成11年 7 月14日まで

## 3 縦覧の場所

玉造町役場

## 茨城県告示第700号

波崎町から平成11年 4 月15日付けで認可申請のあった前谷原地区土地改良事業については、土地改良法（昭和24年法律第195号）第96条の 2 第 5 項において準用する同法第 8 条第 1 項の規定により平成11年 6 月 1 日適当と決定した。

なお、関係書類をつぎのとおり縦覧に供する。

平成11年 6 月14日

茨城県鉾田土地改良事務所長 堀 田 政 義

1 縦覧に供する書類

前谷原地区土地改良事業計画書の写し

2 縦覧の期間

平成11年 6 月17日から

平成11年 7 月14日まで

3 縦覧の場所

波崎町役場

~~~~~  
(公 安 委 員 会)

茨城県公安委員会告示第24号

昭和45年 6 月 1 日茨城県公安委員会告示第 9 号で告示した、道路交通法（昭和35年法律第105号）第 4 条第 1 項の規定により茨城県公安委員会が行う交通規制の一部を次のように改正する。

平成11年 6 月14日

茨城県公安委員会委員長 篠 原 健 治

様式第 1 号中備考 2 を備考 3 とし、備考 1 を備考 2 とし、備考 1 として次のように加える。

- 1 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第 3 号中備考 2 を備考 3 とし、備考 1 を備考 2 とし、備考 1 として次のように加える。

- 1 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第 3 号の 2 中備考 2 を備考 3 とし、備考 1 を備考 2 とし、備考 1 として次のように加える。

- 1 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第 3 号の 3 中備考 2 を備考 3 とし、備考 1 を備考 2 とし、備考 1 として次のように加える。

- 1 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

様式第 3 号の 4 中備考 2 を備考 3 とし、備考 1 を備考 2 とし、備考 1 として次のように加える。

- 1 申請者は、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この告示による改正前の昭和45年 6 月 1 日茨城県公安委員会告示第 9 号で告示した、道路交通法第 4 条第 1 項の規定により茨城県公安委員会が行う交通規制に規定する様式による書面については、改正後の昭和45年 6 月 1 日茨城県公安委員会告示第 9 号で告示した、道路交通法第 4 条第 1 項の規定により茨城県公安委員会が行う交通規則に規定する様式にかかわらず、当分の間、なお、これを使用することができる。この場合においては、氏名を記載し及び押印することに代えて、署名することができる。

~~~~~  
茨城県公安委員会告示第25号

道路交通法施行令（昭和35年政令第270号）第13条第 1 項及び第14条の 2 第 1 項第 2 号の規定により、緊急自動車の指定及び道路維持作業用自動車の指定並びに指定取消しを行ったので公示する。

平成11年 6 月14日

茨城県公安委員会委員長 篠 原 健 治

## 1 緊急自動車の指定

| 指定番号    | 自動車登録番号     | 車名・年式    | 用 途           | 所有者・使用者氏名     |
|---------|-------------|----------|---------------|---------------|
| 3 6 6 0 | 水戸800 さ 133 | トヨタ 11年式 | 公 共 応 急 作 業 用 | 茨 城 県 道 路 公 社 |

## 2 道路維持作業用自動車の指定

| 指定番号    | 自動車登録番号     | 車名・年式    | 用 途           | 所有者・使用者氏名     |
|---------|-------------|----------|---------------|---------------|
| 3 6 6 1 | 水戸800 さ 133 | トヨタ 11年式 | 道 路 維 持 作 業 用 | 茨 城 県 道 路 公 社 |

## 3 道路維持作業用自動車の指定の取消し

| 指定番号    | 自動車登録番号     | 車名・年式     | 用 途           | 所有者・使用者氏名   |
|---------|-------------|-----------|---------------|-------------|
| 2 8 9 1 | 水戸88 セ 4602 | ニッサン 5 年式 | 道 路 維 持 作 業 用 | 日 本 道 路 公 団 |
| 3 4 1 8 | 水戸11 わ 9659 | ミツピシ 9 年式 | 〃             | 〃           |
| 3 4 4 8 | 水戸11 り 239  | ヒノ 9 年式   | 〃             | 〃           |
| 3 4 6 1 | 水戸88 セ 6186 | トヨタ 8 年式  | 〃             | 〃           |

~~~~~  
(選 挙 管 理 委 員 会)

茨城県選挙管理委員会告示第50号

平成11年茨城県選挙管理委員会第 6 回定例会を次のとおり招集する。

平成11年 6 月14日

茨城県選挙管理委員会委員長 二 井 矢 敏 朗

1 日 時

平成11年 6 月21日 (月)

午後 3 時

2 場 所

茨城県水戸市笠原町978番 6

茨城県庁行政棟 9 階 選挙管理委員会

3 議 題

- (1) 審査申立ての受理について
- (2) 第 8 回定例会の日程について
- (3) 平成11年度茨城県市町村選挙管理委員会委員長会議の出席委員について
- (4) 施設の長が不在者投票管理者となる施設の指定について
- (5) 北茨城市外 2 町に係る選挙結果について
- (6) 選挙人名簿定時登録者数について

(7) 政治団体の設立届出等の状況について

(8) その他

~~~~~  
(大規模小売店舗審議会)

茨城県大規模小売店舗審議会告示第20号

大規模小売店舗における小売業の事業活動の調整に関する法律施行規則（昭和49年通商産業省令第17号）第9条の規定により、次のとおり公示しますから、意見を述べようとする者は意見の内容を記載した書面に、「(1) 氏名又は名称及び住所 (2) 事業者にとっては、その事業の種類 (3) 略歴（法人及び団体にとっては、事業の沿革） (4) 意見を述べる理由」を記載した書面を添えて、本日から2週間以内に茨城県大規模小売店舗審議会事務局（茨城県商工労働部商業流通課内）に到着するように提出してください。

平成11年 6 月14日

茨城県大規模小売店舗審議会

委員長 宇 野 秀

- |                       |                                        |
|-----------------------|----------------------------------------|
| 1 届 出 者 の 氏 名 又 は 名 称 | 株式会社カワチ薬品                              |
| 2 届 出 者 の 住 所         | 栃木県小山市大字卒山1293番地                       |
| 3 第二種大規模小売店舗の名称及び所在地  | 株式会社カワチ薬品 常陸大宮店<br>那珂郡大宮町泉字仲村田521番 6 外 |
| 4 開 店 日               | 平成11年10月28日                            |
| 5 店 舗 面 積             | 2,970㎡                                 |
| 6 主として販売する物品の種類       | 雑貨・食料品・医薬品 外                           |
- ~~~~~

茨城県大規模小売店舗審議会告示第21号

大規模小売店舗における小売業の事業活動の調整に関する法律施行規則（昭和49年通商産業省令第17号）第9条の規定により、次のとおり公示しますから、意見を述べようとする者は意見の内容を記載した書面に、「(1) 氏名又は名称及び住所 (2) 事業者にとっては、その事業の種類 (3) 略歴（法人及び団体にとっては、事業の沿革） (4) 意見を述べる理由」を記載した書面を添えて、本日から2週間以内に茨城県大規模小売店舗審議会事務局（茨城県商工労働部商業流通課内）に到着するように提出してください。

平成11年 6 月14日

茨城県大規模小売店舗審議会

委員長 宇 野 秀

- |                       |                                       |
|-----------------------|---------------------------------------|
| 1 届 出 者 の 氏 名 又 は 名 称 | 株式会社カスミ家電                             |
| 2 第二種大規模小売店舗の名称及び所在地  | カスミ家電鹿島一番館<br>鹿島郡神栖町鰐川 1 番22 外        |
| 3 現 在 の 閉 店 時 刻       | 午後 8 時<br>(ただし、書籍、CD、ゲームソフト売り場は午後11時) |
| 4 繰 下 げ 後 の 閉 店 時 刻   | 午後 9 時<br>(ただし、書籍、CD、ゲームソフト売り場は午後11時) |
| 6 閉店時刻の繰下げを行う年月日      | 平成11年 9 月22日                          |
- ~~~~~

## 茨城県大規模小売店舗審議会告示第22号

大規模小売店舗における小売業の事業活動の調整に関する法律施行規則（昭和49年通商産業省令第17号）第9条の規定により、次のとおり公示しますから、意見を述べようとする者は意見の内容を記載した書面に、「（１）氏名又は名称及び住所（２）事業者にあつては、その事業の種類（３）略歴（法人及び団体にあつては、事業の沿革）（４）意見を述べる理由」を記載した書面を添えて、本日から２週間以内に茨城県大規模小売店舗審議会事務局（茨城県商工労働部商業流通課内）に到着するように提出してください。

平成11年 6 月14日

茨城県大規模小売店舗審議会

委員長 宇 野 秀

- 1 届出者の氏名又は名称 寺島薬局株式会社
- 2 第二種大規模小売店舗の名称及び所在地 古河鴻巣ショッピングプラザ  
古河市鴻巣956番 1 外
- 3 現在の閉店時刻 午後 8 時
- 4 現在の年間休業日数 年間24日
- 5 繰下げ後の閉店時刻 午後 8 時（ただし、年間120日に限り午後 9 時）
- 6 削減後の年間休業日数 年間20日
- 7 閉店時刻の繰下げ及び年間休業日数の削減を行う年月日 平成11年10月19日

---

## 公 告

---

## • 県営土地改良事業計画

土地改良法（昭和24年法律第195号）第87条第1項の規定に基づき、県営立川地区土地改良事業につき計画を定め、関係書類を次のとおり縦覧に供する。

平成11年 6 月14日

茨城県知事 橋 本 昌

- 1 縦覧に供する書類  
県営立川地区土地改良事業（地盤沈下対策事業）計画書の写し
- 2 縦覧の期間  
平成11年 6 月17日から  
平成11年 7 月14日まで
- 3 縦覧の場所  
岩井市役所  
猿島町役場

## • 都市計画事業の施行者の名称等

下妻都市計画公園事業については、平成11年 3 月16日建設省告示第565号で都市計画法（昭和43年法律第100号）第63条第1項の規定による認可をした旨告示されたので、同法第66条の規定により次のとおり公告する。

平成11年 6 月14日

茨城県知事 橋 本 昌

## 1 都市計画事業の種類及び名称

昭和53年建設省告示第1284号

下妻都市計画公園事業

9・6・001 砂沼広域公園

## 2 施行者の名称 茨城県

## 3 事務所の所在地

水戸市笠原町978番 6

茨城県庁

## 4 事業地の所在

収用の部分

昭和53年建設省告示第1284号，昭和56年建設省告示第1620号及び平成 3 年建設省告示第316号の事業地のうち，大字長塚字新田沼淵，字新田乙前，字乙前地内において事業地を変更する。

使用の部分

変更なし

## • 開発行為の工事完了

都市計画法（昭和43年法律第100号）第29条の許可に係る開発行為について，次の区域の工事が完了したので，同法第36条第 3 項の規定により公告する。

平成11年 6 月14日

茨城県知事 橋 本 昌

## 1 工事を完了した開発区域又は工区に含まれる地域の名称

水戸市酒門町字上千束3224番 1，同番 3，3226番，3227番，3228番 1，3229番 2，3230番 2，3231番 1，同番 2，3232番 1，同番 2，3233番，3234番 1，同番18，3235番 1，同番 2，3236番 1，同番 2，同番 3，3237番 1，同番 2，3238番，3262番，3263番 1，同番 2，3264番，3265番，3267番，3270番，3272番，3273番 1，同番 2，同番 7，3185番 6，3188番 1，字千束3308番 6，同番13

## 2 事業主の住所及び氏名

水戸市千波町2292

株式会社 山新

代表取締役 山 口 一 郎

## 1 工事を完了した開発区域又は工区に含まれる地域の名称

ひたちなか市足崎字西原1474番336，同番393，同番396，同番400，同番401

## 2 事業主の住所及び氏名

ひたちなか市大字足崎1474番地の43

安 辰 男

## • 道路の位置の指定

建築基準法（昭和25年，法律第201号）第42条第 1 項第 5 号に規定する道路を次のとおり指定した。

平成11年 6 月14日

茨城県知事 橋 本 昌

| 指定する<br>道 路 の<br>指定番号 | 指 定 年 月 日     | 申 請 者                            |                     | 道 路 の 位 置            | 道路幅員及び延長     |               |
|-----------------------|---------------|----------------------------------|---------------------|----------------------|--------------|---------------|
|                       |               | 氏 名                              | 住 所                 |                      | 幅 員          | 延 長           |
| 鹿総建指指令<br>第 179 号     | 平成11年 6 月 3 日 | 有限会社<br>アスカホーム<br>代表取締役<br>出頭 麻美 | 鹿嶋市大字荒野<br>1494 - 7 | 鹿嶋市大字角折<br>字孝2236番 5 | メートル<br>4.20 | メートル<br>34.67 |

~~~~~

指定番号	指 定 年 月 日	申 請 者		道 路 の 位 置	道路の幅員及び延長	
		氏 名	住 所		幅 員	延 長
北総建指指令 第 658 号	平成11年 6 月 1 日	飯塚 邦男 野村 嶺俊	東茨城郡美野里町 羽鳥2738番地 東茨城郡美野里町 羽鳥2738番地	東茨城郡美野里町 大字羽鳥字東原 2738番585, 同番589	メートル 6.09	メートル 74.12

~~~~~

| 指定する<br>道 路 の<br>指定番号 | 指 定 年 月 日     | 申 請 者 |                       | 道 路 の 位 置                | 道路幅員及び延長     |               |
|-----------------------|---------------|-------|-----------------------|--------------------------|--------------|---------------|
|                       |               | 氏 名   | 住 所                   |                          | 幅 員          | 延 長           |
| 鹿総建指指令<br>第 191 号     | 平成11年 6 月 7 日 | 高橋 誠司 | 鹿島郡旭村<br>大字鹿田877 - 12 | 鹿島郡銚田町大字舟木<br>字上井林181番 4 | メートル<br>6.20 | メートル<br>59.20 |

~~~~~

指定番号	指 定 年 月 日	申 請 者		道 路 の 位 置	道路の幅員及び延長	
		氏 名	住 所		幅 員	延 長
南総建指指令 第 818 号	平成11年 6 月 1 日	小川 邦子	北相馬郡藤代町 大字藤代592番地	北相馬郡藤代町大字藤 代字屋敷付591番 6, 592番 3, 593番 3 から 同番 6, 598番 5 から 同番 7, 600番 3, 同番 4	メートル (4.05) 4.10	メートル 23.94

毎週月・木曜日発行 (緊急事項は号外発行) (定価送料とも1月)
(休日の場合は繰下発行) (金 3, 0 6 0 円)

発 行 茨 城 県

購読申込先 〒310 - 8555 茨城県水戸市笠原町 978 番 6

茨城県総務部総務課

電話番号 029 (301) 1 1 1 1 (代)