

国住総第136号
平成17年12月26日

各都道府県公営住宅主管部長 殿

国土交通省住宅局総務課長

「公営住宅法の一部を改正する法律の運用について」の一部改正について

老人、身体障害者等の公営住宅への単身入居については、従来から「公営住宅法の一部を改正する法律の運用について」（昭和55年10月31日付住総発第170号）により配慮をお願いしているところであるが、平成17年12月2日政令第357号をもって、公営住宅法施行令（昭和26年政令第240号）の一部が改正され、精神障害者、知的障害者及びDV被害者についても同居親族がない場合において公営住宅に入居することができることとなったこと等に伴い、昭和55年10月31日付住総発第170号の記の一部を下記のとおり改正したので、これに留意の上、改正政令の適正かつ円滑な運用に特段の配慮をお願いする。

また、貴管内の事業主体に対しても、この旨周知されるようお願いする。

なお、本件については、厚生労働省担当部局と打合せ済みであるので念のため申し添える。

記

第1の見出しを「入居者資格の認定に係る手続等」に改める。

第1の2中「判断は、」の下に「上記1の申立書に基づき、」を加え、第1の2本文に次を加える。

なお、精神障害者及び知的障害者については、常時の介護を必要としない場合であっても常時の相談対応や緊急時における医療機関等への連絡等の当該障害者に係る居住支援が必要となることから、事業主体は、市町村等の福祉主管部局に対し、当該居住支援体制の状況を確認の上行うものとする。

第1の2（2）①中「場合は、入居申込者から単身入居の入居者資格認定のための申立書の提出を受けるものとし、申立書の様式は別記様式2を参考とするものとする。また、当該判断を行う」を削り、「入居申込者に」の下に「、上記1の申立書に加えて」を加える。

第1の2を第1の3とし、第1の1の見出しを「令第6条第1項各号に該当するかどうかの判断」に改め、第1の1（1）本文を次のように改める。

（1）事業主体は、上記1の証明書に基づき、申込者が令第6条第1項各号に該

当するかどうかを判断する。ただし、申込者の負担を軽減する観点から、別記様式 1 等に代えて、①次表の確認方法によること又は②該当条項欄を設けて申込者に記載させた申込書を関係部局に回付して証明を受ける方法によることも可能である。

第 1 の 1 (1) の表令第 6 条第 1 項第 2 号の項中「身体障害者手帳」の下に「、精神障害者保健福祉手帳若しくは療育手帳」を加え、同表に次を加える。

”	第 8 号	裁判所の保護命令決定書の提示又はその写しの提出
---	-------	-------------------------

第 1 の 1 (2) イ中「ソビエト社会主義共和国連邦、樺太、千島、朝鮮、関東州、満州及び中国本土の地域」を「未帰還者留守家族等援護法（昭和 28 年法律第 161 号）第 2 条第 1 項第 2 号に規定する地域（ソビエト社会主義共和国連邦、樺太、千島、北緯 38 度以北の朝鮮、関東州、満州又は中国本土の地域をいう。）」に改める。

第 1 の 1 を第 1 の 2 とし、第 1 の 1 として次を加える。

1 単身入居の申込者の提出書類

単身入居の申込者について、申込書に添えて、「公営住宅法の一部を改正する法律の施行について」（昭和 55 年 8 月 1 日付社生第 103 号、建設省住総発第 105 号。以下「局長通知」という。）第 1 の 2 (1) に掲げる市町村等の福祉主管部局等による令第 6 条第 1 項各号に該当することの証明書及び単身入居の入居者資格認定のための申立書を提出させるものとする。証明書の様式は、別記様式 1、別記様式 1 の 2 及び別記様式 1 の 3 を、申立書の様式は別記様式 2 を参考とするものとする。

第 2 の 1 に次を加える。

ただし、連絡方法の確認や住民に対する啓発等の実施の判断は、単身入居者の意向及び居住支援の観点からの必要性を総合的に勘案して行うものとする。

第 2 の 2 に次を加える。

特に、地域の居住支援体制が必要な者の場合にあつては、事業主体は、市町村等の福祉主管部局等と特に緊密な連携を行うものとする。

別添のとおり、（別記様式 1）、（別記様式 2）及び（別記様式 3）を改め、（別記様式 1 の 2）の次に（別記様式 1 の 3）を加える。

(別記様式1)

証 明 書

都 道 府 県

市 町 村

課 長 殿

住 所			
氏 名		年 齡	

上記の者は、公営住宅法施行令第6条第1項第 号に該当する者であることを証明します。

平成 年 月 日

福 祉 事 務 所 長 印

町 村 長

都 道 課 長 印

府 県

注) 精神障害者又は知的障害者に係る証明を行う場合には、都道府県福祉主管(部)課長は、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は知的障害者更生相談所に確認の上行うこと。

(別記様式1の2)

証 明 書

都 道 府 県 殿
市 町 村

住 所			
氏 名		年 齢	

上記の者は、次のとおりハンセン病療養所入所者等に対する補償金の支給等に関する法律（平成13年法律第63号）第2条に規定する国立ハンセン病療養所等に入所していたことを証明します。

入所していた国立ハンセン病療養所等の名称	
入 所 期 間	年 月 日から 年 月 日まで

(備考) 「入所期間」は、平成8年3月31日までの間のもの

平成 年 月 日

国立ハンセン病療養所等の長
(厚生労働省健康局疾病対策課長)



(別記様式1の3)

証 明 書

都 道 府 県

市 町 村

課 長 殿

氏 名		生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
-----	--	------------------------

上記の者について、

配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律第3条第3項第3号の規定により

{平成 年 月 日～平成 年 月 日の間一時保護していた }
{平成 年 月 日から一時保護している }

配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律第5条の規定により、
婦人保護施設に

{平成 年 月 日～平成 年 月 日の間保護していた }
{平成 年 月 日から保護している }

ことを証明します。

平成 年 月 日

都 道

婦人相談所長



府 県

(別記様式2)

単身入居の入居者資格認定のための申立書

氏名	生年月日 胎・妊・産 年 月 日生 (歳)	男・女
現住所		

《該当するものにマル印を付け、或いは記入欄に記入して下さい。》

1. あなたは単身で日常生活を営むうえで何らかの介護（介助・援助）を必要としますか。
①必要とする ②必要としない
※下記の質問「4」に掲げる項目に照らしてお答え下さい。

◎上記1で「必要としない」とお答えになった方は、次の事項についてお答えいただく必要はありません。

2. 現在のあなたのおすまい等の状況についておたずねします。

(1) あなたの現在のおすまい等は
①住宅 ②施設・病院等 ③その他（具体的に)

(2) 住宅におすまいの方におたずねします。
・あなたの住んでいる居室の階層は
①1階 ②2階（エレベーターの有無：有・無） ③3階以上（エレベーターの有無：有・無）
・同居している方は
①いる ②いない

(3) 施設・病院等に入っておられる方におたずねします。
・施設・病院等の名称は ()
・施設・病院等の種類は ①特別養護老人ホーム ②障害者療護施設 ③病院・診療所
④その他 ()
・現在の施設・病院等から公営住宅への移転を希望する理由をご記入下さい。

3. 現在のあなたの心身の状況等についておたずねします。

(1) 介護保険法による市町村の認定を ①受けている ②受けていない
市町村の認定を受けている場合はその内容（要支援、[要介護1、2、3、4、5]）

(2) 日常生活において何か福祉用具を使用していますか。
①使用している 福祉用具の種別 () ②使用していない

4. あなたの現在の日常生活における介護（介助・援助）の状況等についておたずねします。表中の該当する欄にマル印を記入して下さい。

また、介護（介助・援助）が必要な場合は、現在受けている介護（介助・援助）の内容、入居申込みをした公営住宅において受ける予定の介護（介助・援助）の内容等について、具体的に記入して下さい。

項目	① 現在の日常生活において介護（介助・援助）を必要としていますか			② ①において介護が必要と答えた場合、現在の介護（介助・援助）をどこから受けていますか			③ ①において介護（介助・援助）が必要と答えた場合、公営住宅に入居したときにどこから介護（介助・援助）を受ける予定ですか			
	不必要	一部必要	全部必要	介護保険による 居宅介護サービス	介護保険以外による 介助・援助		介護保険による 居宅介護サービス	介護保険以外による 介助・援助		
					公的機関 （市町村、 保健所、支 援センター など）	民間（ボラン ティア団 体、NPO、 親族など）		公的機関 （市町村、 保健所、支 援センター など）	民間（ボラン ティア団体、 NPO、親族 など）	
基本的な動作	居室における移動									
	食事									
	お風呂									
	トイレ									
	着替え									
	炊事・洗濯・掃除など、ふだんの家事									
その他	相談									
	見守り									

○ 現在受けている介護（介助・援助）について、内容・頻度、実施団体名等具体的にご記入下さい。

[]

○ 現在受けている医療（訪問看護、通院、服薬、急に持病の症状が出たときの方法など）があり、それについて知らせておきたいことがあれば、その具体的な内容をご記入下さい。

[]

○ 入居申込みをした公営住宅において受けることを予定している介護（介助・援助）について、内容・頻度、実施団体名等具体的にご記入下さい。

[]

以上の申立てのとおり相違ありません。

また、公営住宅の事業主体が単身入居の入居者資格の認定を行うに際し、市町村（福祉主管部局等）に意見を求める必要がある場合において、公営住宅の事業主体が本申立書及び面接等の調査で知った事項について、市町村（福祉主管部局等）に情報提供することに同意します。

平成 年 月 日

都道府県 殿

市町村 殿

氏名

印

※ 公営住宅の事業主体が単身入居の入居者資格の認定を行うに際し、必要があると認めるときは、市町村（福祉主管部局等）に意見を求めることがあります。その場合において、公営住宅の事業主体が本申立書及び面接等の調査で知った事項について、市町村（福祉主管部局等）に情報提供することがあります。

(別記様式3)

意見書

都道府県
市町村

殿

住所			
氏名		年齢	

1. 上記の者は、(1) 身体上又は精神上著しい障害があるために常時の介護を必要とすると認められる
- (2) 常時の介護を必要としないと認められる。
- (3) (1)、(2)いずれとも判断困難である。
もし、部分的にでも判断可能な事項があればそれを記入して下さい。

(理由)

2. また、上記の者は、

- (1) 居宅において単身で日常生活を営むために必要な常時の介護を受けることができる(精神障害者又は知的障害者にあつては、常時の相談対応や緊急時における医療機関等への連絡等の必要な居住支援措置を受けることが可能)と認められる。

【本市町村又は本市町村が存する都道府県における居住支援措置の内容】

- (2) 居宅において単身で日常生活を営むために必要な常時の介護を受けることができず、又は受けることが困難である(精神障害者又は知的障害者にあつては、必要な居住支援措置を受けることができない。)と認められる。
- (3) (1)、(2)いずれとも判断困難である。

もし、部分的にでも判断可能な事項があればそれを記入して下さい。

(理由)

平成 年 月 日
市 町 村 長

