

福岡県児童福祉法施行細則（昭和二十八年福岡県規則第五十九号）新旧対照表

改正案	現行
<p>（小児慢性特定疾病要支援者証明の申請）            第十七条の十四 法第十九条の二十二第四項に規定する小児慢性特定疾病要支援者証明事業に係る証明を受けようとする者は、小児慢性特定疾病要支援者証明書（登録証）交付申請書（様式第十七号の二）を知事に提出しなければならない。            （登録者証の交付等）            第十七条の十五 知事は、前条の規定による申請があつた場合には、その内容を審査し、適当であると認めるときは小児慢性特定疾病要支援者証明書（登録者証）（様式第十七号の三）を申請者に交付し、適当と認められないときは不交付通知書（様式第十七号の四）を申請者に送付しなければならない。            （小児慢性特定疾病要支援者証明の申請内容の変更の届出）            第十七条の十六 小児慢性特定疾病要支援者証明書（登録者証）の交付を受けた者は、第十七条の十四の申請の内容に変更が生じた場合には、登録者証変更届出書（様式第十七号の五）により、知事に届け出なければならない。            （登録者証の再交付の申請）            第十七条の十七 小児慢性特定疾病要支援者証明書（登録者証）の交付を受けた者は、当該証明書を破り、汚し、又は失つたときは、小児慢性特定疾病要支援者証明書（登録証）再交付申請書（様式第十七号の六）により、知事にその再交付を申請することができる。</p>	<p>（新設）            （新設）            （新設）            （新設）</p>

改正案

現行

様式第1号(表面)(第17条関係)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・変更・転入・更新) (※1)

受診者	フリガナ			生年月日	
	氏名			年齢	歳
	個人番号			年 月 日	
	フリガナ	(〒 — )		電話番号	
	住所				
加入医療保険	被保険者氏名			受診者との続柄	
	保険種別	協会・共済・健組・国組・市町村国保・生保・その他		被保険者証の記号・番号	
	被保険者証発行機関名				
申請者(保護者)	フリガナ			受診者との関係	
	氏名				
	個人番号			電話番号(※2)	
	フリガナ	(〒 — )			
住所					
自己負担上限の特例(該当するものに☑)					
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着(※3)		<input type="checkbox"/> 重症患者認定(※4)		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※5)	
今回申請する受診者と同じ世帯内にある指定難病者しくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者					
有	小児慢性特定疾病	(氏名: )			
無	指定難病	(受給者番号: )			
疾病名					
受診を希望する指定医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。)	医療機関名		所在地・電話番号		
受給者番号(※6)					
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日(※7)	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 申請者氏名 年 月 日					
福岡県知事 殿					

※1 新規・変更・転入・更新のいずれかに○をすること。  
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。  
 ※3 別紙1(小児慢性特定疾病医療意見書別紙)を添付すること。  
 ※4 別紙1(小児慢性特定疾病医療意見書別紙)及び別紙2(重症患者認定申告書)を添付すること。  
 ※5 更新又は変更の方で、申請日の属する月以前の12か月の間に、月ごとの医療費総額が5万円を超えた月が6回以上ある場合に記入すること(小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けた疾病の医療費に限る。)  
 ※6 更新又は変更の方のみ記入すること。  
 ※7 支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たしていると診断した日まで遡ることが可能(ただし、遡れるのは申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで)。そのため、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載すること。また、更新の場合は、原則記入不要。

様式第1号(表面)(第17条関係)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・変更・転入・更新) (※1)

受診者	フリガナ			生年月日	
	氏名			年齢	歳
	個人番号			年 月 日	
	フリガナ	(〒 — )		電話番号	
	住所				
加入医療保険	被保険者氏名			受診者との続柄	
	保険種別	協会・共済・健組・国組・市町村国保・生保・その他		被保険者証の記号・番号	
	被保険者証発行機関名				
申請者(保護者)	フリガナ			受診者との関係	
	氏名				
	個人番号			電話番号(※2)	
	フリガナ	(〒 — )			
住所					
自己負担上限の特例(該当するものに☑)					
<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着(※3)		<input type="checkbox"/> 重症患者認定(※4)		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※5)	
今回申請する受診者と同じ世帯内にある指定難病者しくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者					
有	小児慢性特定疾病	(氏名: )		成長ホルモン治療の有無(該当する場合は☑)	
無	指定難病	(受給者番号: )			
疾病名					
受診を希望する指定医療機関(薬局及び訪問看護事業者を含む。)	医療機関名		所在地・電話番号		
受給者番号(※6)					
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日(※7)	年 月 日	【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 [ ]			
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 申請者氏名 年 月 日					
福岡県知事 殿					

※1 新規・変更・転入・更新のいずれかに○をすること。  
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。  
 ※3 別紙1(小児慢性特定疾病医療意見書別紙)を添付すること。  
 ※4 別紙1(小児慢性特定疾病医療意見書別紙)及び別紙2(重症患者認定申告書)を添付すること。  
 ※5 更新又は変更の方で、申請日の属する月以前の12か月の間に、月ごとの医療費総額が5万円を超えた月が6回以上ある場合に記入すること(小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けた疾病の医療費に限る。)  
 ※6 更新又は変更の方のみ記入すること。  
 ※7 支給開始日は、指定医が「疾病の状態の程度」を満たしていると診断した日まで遡ることが可能(ただし、遡れるのは申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日まで)。そのため、申請日にかかわらず、医療意見書に記載された診断年月日等、医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載すること。また、更新の場合は、原則記入不要。



改正案	現行
-----	----

様式第1号別添

小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における  
医療意見書情報の研究等への利用についての同意書

厚生労働大臣 殿

私は、下記の説明を読み、小児慢性特定疾病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

住 所 : \_\_\_\_\_

患者署名 : \_\_\_\_\_

※ 患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。

代理人署名 : \_\_\_\_\_

-----

○本同意書に関する説明

小児慢性特定疾病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施や小児慢性特定疾病患者であることを証明するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成の実施や登録者証の発行をしています。

これらの申請時に提出していただく「医療意見書」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、上記にご署名頂き、「医療意見書」とともに、申請先の都道府県、指定都市、中核市又は児童相談所設置市（特別区を含む）へ提出ください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成や登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

(新設)

改正案	現行
<p>○データベースに登録される情報と個人情報保護</p> <p>厚生労働省のデータベースに登録される情報は、医療意見書に記載された項目です。医療意見書については、以下の URL をご参照ください。</p> <p><a href="https://www.shouman.jp/disease/download">https://www.shouman.jp/disease/download</a></p> <p>厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。</p> <p>患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。</p> <p>また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。</p> <p>臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。</p> <p>○データベースに登録された情報の活用方法</p> <p>厚生労働省のデータベースに登録された情報は、</p> <ul style="list-style-type: none"><li>①国や地方公共団体が、小児慢性特定疾病対策の企画立案に関する調査</li><li>②大学等の研究機関が、小児慢性特定疾病児童等の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究</li><li>③民間事業者等が、小児慢性特定疾病児童等の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等を行う場合に活用されます。</li></ul> <p>例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。</p> <p>○同意の撤回</p> <p>同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続きは、厚生労働省ホームページを確認してください。</p> <p>同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。</p> <p>なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。</p>	<p>(新設)</p>

改正案

現行

様式第2号(第17条の2関係)

小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 受 給 者 証				
公費負担者番号				
受給者番号				
受 診 者	住 所			
	氏 名 生 年 月 日			
	保 険 者			
	被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号	適 用 区 分		
病 名				
保 護 者	住 所			
	氏 名	続 柄		
負 担	自 己 負 担 上 限 額	階 層 区 分		
	人 工 呼 吸 器 等 装 着			
	高 額 か つ 長 期			
	重 症 患 者 認 定			
	受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は 小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者			
有 効 期 間				
発 行 機 関 名 及 び 印		福 岡 県 知 事		
交 付 年 月 日				

様式第2号(第17条の2関係)

小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 受 給 者 証				
公費負担者番号				
受給者番号				
受 診 者	住 所			
	氏 名 生 年 月 日			
	保 険 者			
	被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号	適 用 区 分		
病 名				
成長ホルモン 治療の有無		※「該当」がない場合には、成長ホルモン 治療は医療費助成の対象外です。		
保 護 者	住 所			
	氏 名	続 柄		
負 担	自 己 負 担 上 限 額	階 層 区 分		
	人 工 呼 吸 器 等 装 着			
	高 額 か つ 長 期			
	重 症 患 者 認 定			
	受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は 小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者			
有 効 期 間				
発 行 機 関 名 及 び 印		福 岡 県 知 事		
交 付 年 月 日				

改正案

現行

様式第2号(裏面)

指定医療機関名	病院・診療所		所在地
	薬局		所在地
	訪問看護事業者等		所在地

※緊急その他やむを得ない場合については、上記以外の指定医療機関でも受診することができます。

注意事項

- この証を交付された方は、小児慢性特定疾病について保険診療を受けた場合、表面に記載された額(自己負担上限月額)までを限度とする金額を医療機関に対して支払うこととなります。
- 対象となる医療は、支給認定の対象となった小児慢性特定疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 氏名、住所、加入している医療保険等に変更があったときは、速やかに福岡県知事(保健福祉(環境)事務所)にその旨を届け出てください。  
また、福岡県外(北九州市内、福岡市内、久留米市内を含む。)へ転出する際、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月末までに、この証の写しを転出先の都道府県知事(指定都市又は中核市長)に提出してください。
- 治療、死亡等で受給者の資格がなくなったとき、又は県外に転出したときは、この証を速やかに福岡県知事(保健福祉(環境)事務所)に返還してください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、福岡県知事(保健福祉(環境)事務所)にその旨を届け出てください。
- この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続を行ってください。
- その他小児慢性特定疾病の医療の受給に関する問い合わせは、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課(TEL — — )又は最寄りの保健福祉(環境)事務所に連絡してください。

指定医療機関に対するお願い

小児慢性特定疾病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

様式第2号(裏面)

指定医療機関名	病院・診療所		所在地
	薬局		所在地
	訪問看護事業者等		所在地

※薬局については、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書に記入した薬局とします。  
緊急その他やむを得ない場合については、上記以外の指定医療機関でも受診することができます。

注意事項

- この証を交付された方は、小児慢性特定疾病について保険診療を受けた場合、表面に記載された額(自己負担上限月額)までを限度とする金額を医療機関に対して支払うこととなります。
- 対象となる医療は、支給認定の対象となった小児慢性特定疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 氏名、住所、加入している医療保険又は受診している医療機関等に変更があったときは、速やかに福岡県知事(保健福祉(環境)事務所)にその旨を届け出てください。  
また、福岡県外(北九州市内、福岡市内、久留米市内を含む。)へ転出する際、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月末までに、この証の写しを転出先の都道府県知事(指定都市又は中核市長)に提出してください。
- 治療、死亡等で受給者の資格がなくなったとき、又は県外に転出したときは、この証を速やかに福岡県知事(保健福祉(環境)事務所)に返還して下さい。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、福岡県知事(保健福祉(環境)事務所)にその旨を届け出てください。
- この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続を行ってください。
- その他小児慢性特定疾病の医療の受給に関する問い合わせは、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課(TEL — — )又は最寄りの保健福祉(環境)事務所に連絡して下さい。

指定医療機関に対するお願い

小児慢性特定疾病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

改正案

現行

様式第3号—2(第17条の2関係)

第 号  
年 月 日

殿

福岡県知事

不認定通知書

年 月 日付けで申請がありました小児慢性特定疾病医療費支給認定の(人工呼吸器等装着・高額かつ長期・重症患者認定)の申請について、福岡県小児慢性特定疾病審査会において審査した結果、下記の理由により認定しないこととしましたので通知します。

記

[理由]

理由記載欄

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に福岡県知事に対して審査請求をすることができます(この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に福岡県を被告として(代表者は福岡県知事となります。)この処分の取消しの訴えを提起することもできます(この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

なお、処分の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます(その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

様式第3号—2(第17条の2関係)

第 号  
年 月 日

殿

福岡県知事

不認定通知書

年 月 日付けで申請がありました小児慢性特定疾病医療費支給認定の(人工呼吸器等装着・高額かつ長期・重症患者認定・ホルモン治療)の申請について、福岡県小児慢性特定疾病審査会において審査した結果、下記の理由により認定しないこととしましたので通知します。

記

[理由]

理由記載欄

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に福岡県知事に対して審査請求をすることができます(この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に福岡県を被告として(代表者は福岡県知事となります。)この処分の取消しの訴えを提起することもできます(この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

なお、処分の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます(その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

改正案

現行

様式第17号-2 (第17条の14関係)

小児慢性特定疾病要支援者証明書 (登録者証) 交付申請書 (新規・転入)

要 支 援 者	フリガナ		年 齢	生 年 月 日	
	氏 名			年 月 日	
	個人番号			歳	
	フリガナ				電 話 番 号
	住 所	(〒 ー )			
受給者番号		疾病名			
申 請 者 (保 護 者)	フリガナ			要支援者 との 関係	
	氏 名				
	フリガナ			電 話 番 号 (※1)	
	住 所 (※1)	(〒 ー )			
紙媒体の発行希望 (※2)	<input type="checkbox"/>			窓口確認欄	
上記のとおり、小児慢性特定疾病要支援者証明書 (登録者証) の交付を申請します。					
申請者氏名					
年 月 日					
福岡県知事 殿					

※1 要支援者本人と異なる場合に記入すること。

※2 小児慢性特定疾病要支援者証明書 (登録者証) の交付は、原則個人番号カードへの登録により行います。  
書面での交付を希望される場合はチェックしてください。

★医療意見書の研究等への利用について同意される方は、様式第1号別添「小児慢性特定疾病の医療費助成・登録者証の申請における医療意見書情報の研究等への利用についての同意書」をご確認いただき、署名をお願いします。

(新設)

改正案

現行

様式第17号-3(第17条の15関係)

小 児 慢 性 特 定 疾 病 要 支 援 者 証 明 書 ( 登 録 者 証 )

要 支 援 者	氏 名	
	生 年 月 日	
有 効 期 間		
交 付 日		
発 行 機 関 名 及 び 印	福 岡 県 知 事	

注意事項

- この証は、小児慢性特定疾病児童等であることを証明する書類として利用できます。
- 死亡等でこの証の利用資格がなくなったとき、又は県外に転出したときは、この証を速やかに福岡県知事(保健福祉(環境)事務所)に返還してください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、福岡県知事(保健福祉(環境)事務所)に連絡してください。
- その他小児慢性特定疾病の医療の受給に関しての問い合わせは、福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課(TEL. — — )又は最寄りの保健福祉(環境)事務所に連絡してください。

(新設)

改正案

現行

様式第17号-4 (第17条の15関係)

第 号  
年 月 日

殿

福岡県知事

不交付通知書

児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の22第4項に規定する小児慢性特定疾病要  
支援者証明事業に係る 年 月 日付けの証明の申請について、下記の理由により  
交付しないこととしましたので通知します。

記

[理由]

(新設)

改正案

現行

様式第17号-5(第17条の16関係)

小児慢性特定疾病要支援者証明書（登録者証）等記載事項変更届

要支援者	フリガナ		年齢	歳	生年月日		
	氏名				年	月	日
	個人番号						
	フリガナ		電話番号				
	住所 (〒 — )						
受給者番号		疾病名					
申請者(保護者)	フリガナ		要支援者との関係				
	氏名						
	フリガナ		電話番号(※1)				
住所(※1) (〒 — )							
変更内容(※2)	事項		変更前		変更後		
	要支援者	氏名					
		住所					
		電話番号					
	保護者	氏名					
		住所					
電話番号							
備考							
<p>小児慢性特定疾病要支援者証明書（登録者証）交付申請書及び小児慢性特定疾病要支援者証明書（登録者証）に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名 年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p>							

(新設)

※1 要支援者本人と異なる場合に記入すること。

※2 氏名・住所の変更の場合は、住民票など変更後の氏名・住所の確認できるものの写しを添付すること。

改正案

現行

様式第17号-6(第17条の17関係)

小児慢性特定疾病要支援者証明書（登録者証）再交付申請書

要 支 援 者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	フリガナ		
	住所	(〒 — )	
保 護 者	フリガナ		要支援者との関係
	氏名		
	フリガナ		
	住所	(〒 — )	
	連絡先		
受給者番号			
登録者証の有効期間 開始年月日	年 月 日		
再交付申請の理由	1. 破損のため 2. 紛失のため 3. その他(理由を記入すること)		
上記のとおり、小児慢性特定疾病要支援者証明書（登録者証）の再交付を申請します。 年 月 日 福岡県知事 殿 申請者氏名			

※ 再交付申請の理由が分かるように、番号のいずれかに○をすること。

(新設)