

# 福岡県公報

平成二十七年一月十六日  
第三千六百六十号  
増刊  
①

## 目次

### 再掲

○福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則 (健康増進課) ……………一  
○福岡県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則 (健康増進課) ……………四一

## 規則

福岡県公告式条例 (昭和二十五年福岡県条例第四十六号) 第五条第一項において準用する同条例第二条第二項ただし書の規定により掲示したものを、ここに再掲する。

福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。  
平成二十六年十二月二十五日

福岡県知事 小川 洋

### 福岡県規則第五十六号

福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

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) の一部を次のように改正する。

第三十七条第一号中「様式第二十九号」を「様式第三十五号」に改め、同条第二号中「様式第三十号」を「様式第三十六号」に改め、同条第三号中「様式第三十一号」を「様式第三十七号」に改め、同条第四号中「様式第三十二号」を「様式第三十八号」に改め、同条第五号中「様式第三十三号」を「様式第三十九号」に改め、同条第六号中「様式第三十四号」を「様式第四十号」に改め、同条第七号中「様式第三十五号」を「様式第四十一号」に改め、同条第八号中「様式第三十六号」を「様式第四十二号」に改め、同条第九号中「様式第三十七号」を「様式第四十三号」に改め、同条第十号中「様式第三十八号」を「様式第四十四号」に改め、同条第十一号中「様式第三十九号」を「様式

第四十五号」に改め、同条第十二号中「様式第四十号」を「様式第四十六号」に改め、同条第十三号中「様式第四十一号」を「様式第四十七号」に改め、同条第十四号中「様式第四十二号」を「様式第四十八号」に改め、同条第十五号中「様式第四十三号」を「様式第四十九号」に改め、同条第十六号中「様式第四十四号」を「様式第五十号」に改め、同条第十七号中「様式第四十五号」を「様式第五十一号」に改め、同条第十八号中「様式第四十六号」を「様式第五十二号」に改め、同条第十九号中「様式第四十七号」を「様式第五十三号」に改め、同条を第三十八条とする。

第三十六条を第三十七条とし、第二十九条から第三十五条までを一条ずつ繰り下げる。

第二十八条の十第一項中「様式第二十八号の五」を「様式第三十四号の五」に改め、同条第二項中「様式第二十八号の六」を「様式第三十四号の六」に改め、同条第三項中「様式第二十八号の七」を「様式第三十四号の七」に改め、同条を第二十九条の十とする。

第二十八条の九中「様式第二十八号の四」を「様式第三十四号の四」に改め、同条を第二十九条の九とする。

第二十八条の八を第二十九条の八とし、第二十八条の七を第二十九条の七とし、第二十八条の六を第二十九条の六とし、第二十八条の五を第二十九条の五とする。

第二十八条の四中「様式第二十八号の三」を「様式第三十四号の三」に改め、同条を第二十九条の四とする。

第二十八条の三中「様式第二十八号の二」を「様式第三十四号の二」に改め、同条を第二十九条の三とする。

第二十八条の二中「様式第二十八号」を「様式第三十四号」に改め、同条を第二十九条の二とする。

第二十八条を第二十九条とする。

第二十七条中「様式第二十七号」を「様式第三十三号」に改め、同条を第二十八条とする。

第二十六条第一項中「様式第二十五号」を「様式第三十一号」に改め、同条を第二十七条とする。  
第二十五条中「様式第二十三号」を「様式第二十九号」に改め、同条を第二十六条と

する。

第二十四条中「様式第二十一号」を「様式第二十七号」に改め、同条を第二十五条とする。

第二十三条第一項中「様式第二十号」を「様式第二十六号」に改め、同条を第二十四条とする。

第二十二條の二第一項中「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改め、同条を第二十三條の二とする。

第二十二條第二項中「様式第十九号」を「様式第二十五号」に改め、同条を第二十三條とする。

第二十一条中「様式第十七号又は様式第十八号」を「様式第二十三号又は様式第二十四号」に改め、同条を第二十二條とする。

第二十条を第二十一条とする。

第十九条中「様式第十六号」を「様式第二十二号」に改め、同条を第二十条とする。

第十八条の六第一項中「様式第十五号の二十」を「様式第二十一号の二十」に改め、同条第二項中「様式第十五号の二十一」を「様式第二十一号の二十一」に改め、同条を第十九條の六とする。

第十八条の五第一項中「様式第十五号の十七」を「様式第二十一号の十七」に改め、同条第二項中「様式第十五号の十八」を「様式第二十一号の十八」に、「様式第十五号の十八の二」を「様式第二十一号の十八の二」に改め、同条第三項中「様式第十五号の十九」を「様式第二十一号の十九」に改め、同条を第十九條の五とする。

第十八条の四第一項中「様式第十五号の十五」を「様式第二十一号の十五」に改め、同条第二項中「様式第十五号の十六」を「様式第二十一号の十六」に改め、同条を第十九條の四とする。

第十八条の三第一項中「様式第十五号の五」を「様式第二十一号の五」に、「様式第十五号の六」を「様式第二十一号の六」に改め、同条第二項中「様式第十五号の七」を

「様式第二十一号の七」に、「様式第十五号の八」を「様式第二十一号の八」に、「様式第十五号の九」を「様式第二十一号の九」に改め、同条第三項中「様式第十五号の十

」を「様式第二十一号の十」に改め、同条第四項中「様式第十五号の十一」を「様式第二十一号の十一」に改め、同条第五項中「様式第十五号の十二」を「様式第二十一号の

十二」に改め、同条第六項中「様式第十五号の十三」を「様式第二十一号の十三」に改め、同条第七項中「様式第十五号の十四」を「様式第二十一号の十四」に改め、同条を第十九條の三とする。

第十八条の二中「様式第十五号の三」を「様式第二十一号の三」に、「様式第十五号の四」を「様式第二十一号の四」に改め、同条を第十九條の二とする。

第十八条中「様式第十三号」を「様式第十九号」に、「様式第十三号の二」を「様式第十九号の二」に、「様式第十四号」を「様式第二十号」に、「様式第十四号の二」を「様式第二十号の二」に、「様式第十五号」を「様式第二十一号」に、「様式第十五号の二」を「様式第二十一号の二」に改め、同条を第十九條とする。

第十七条中「様式第十二号」を「様式第十八号」に、「様式第十二号の二」を「様式第十八号の二」に改め、同条を第十八條とする。

第十六条の次に次の十三條を加える。

(小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請等)

**第十七条** 法第十九條の三第一項の規定による支給認定の申請又は法第十九條の五第一項の規定による支給認定の変更の申請は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・変更)(様式第一号)によるものとする。

(小児慢性特定疾病医療受給者証の交付等)

**第十七条の二** 知事は、小児慢性特定疾病医療に係る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、小児慢性特定疾病医療受給者証(様式第二号)を申請者に交付し、適当と認められないときは、不認定通知書(様式第三号)を申請者に送付しなければならない。

(小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請内容の変更)

**第十七条の三** 規則第七条の九第三項の規定による申請内容の変更の届出は、小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届書(様式第四号)によるものとする。

(小児慢性特定疾病指定医の指定の申請等)

**第十七条の四** 規則第七条の十一の規定による指定医の指定の申請又は規則第七条の十二の規定による指定医の指定更新の申請は、小児慢性特定疾病指定医(指定・指定更新)申請書(様式第五号)によるものとする。

(小児慢性特定疾病指定医の申請内容の変更の届出)

**第十七条の五** 規則第七条の十四の規定による申請内容の変更の届出は、小児慢性特定疾病指定医申請事項変更届出書（様式第六号）によるものとする。

（小児慢性特定疾病指定医の指定辞退の届出）

**第十七条の六** 規則第七条の十五の規定による指定の辞退の届出は、小児慢性特定疾病指定医辞退届出書（様式第七号）によるものとする。

（小児慢性特定疾病指定医の公表）

**第十七条の七** 規則第七条の十七の規定による公表は、次の各号に掲げる事項について行うものとする。

一 指定医の氏名

二 診断書の作成を行うおとする医療機関の名称及び所在地

三 担当する診療科名

四 指定等の年月日

（小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付の申請）

**第十七条の八** 規則第七条の二十三の規定による医療受給者証の再交付の申請は、小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書（様式第八号）によるものとする。

（指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の申請等）

**第十七条の九** 法第十九条の九第一項の規定による指定の申請又は法第十九条の十第一項の規定による指定の更新申請は、病院又は診療所にあつては指定小児慢性特定疾病医療機関（指定・指定更新）申請書（病院又は診療所）（様式第九号）によるものとし、薬局にあつては指定小児慢性特定疾病医療機関（指定・指定更新）申請書（薬局）（様式第十号）によるものとし、指定訪問看護事業者にあつては指定小児慢性特定疾病医療機関（指定・指定更新）申請書（指定訪問看護事業者）（様式第十一号）によるものとする。

（指定小児慢性特定疾病医療機関の変更の届出）

**第十七条の十** 法第十九条の十四の規定による変更の届出は、病院又は診療所にあつては指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書（病院又は診療所）（様式第十二号）によるものとし、薬局にあつては指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書（薬局）（様式第十三号）によるものとし、指定訪問看護事業者にあつては指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書（指定訪問看護事業者）（様式第十四号）によるものとする。

（指定小児慢性特定疾病医療機関の休止等の届出）

**第十七条の十一** 規則第七条の三十六第一項第一号の規定による届出は、指定小児慢性特定疾病医療機関（休止・廃止・再開）届出書（様式第十五号）によるものとする。

2 規則第七条の三十六第一項第二号の規定による届出は、指定小児慢性特定疾病医療機関処分届出書（様式第十六号）によるものとする。

（指定小児慢性特定疾病医療機関の指定辞退の届出）

**第十七条の十二** 法第十九条の十五の規定による指定の辞退の届出は、指定小児慢性特定疾病医療機関辞退届出書（様式第十七号）によるものとする。

（指定小児慢性特定疾病医療機関の公示）

**第十七条の十三** 法第十九条の十九の規定による公示は、指定等に係る医療機関の名称及び所在地並びに指定等の年月日について行うものとする。

様式第四十七号中「様式第47号（第37条関係）」を「様式第53号（第38条関係）」に改め、同様式を様式第五十三号とする。

様式第四十六号中「様式第46号（第37条関係）」を「様式第52号（第38条関係）」に改め、同様式を様式第五十二号とする。

様式第四十五号中「様式第45号（第37条関係）」を「様式第51号（第38条関係）」に改め、同様式を様式第五十一号とする。

様式第四十四号中「様式第44号（第37条関係）」を「様式第50号（第38条関係）」に改め、同様式を様式第五十号とする。

様式第四十三号中「様式第43号（第37条関係）」を「様式第49号（第38条関係）」に改め、同様式を様式第四十九号とする。

様式第四十二号中「様式第42号（第37条関係）」を「様式第48号（第38条関係）」に改め、同様式を様式第四十八号とする。

様式第四十一号中「様式第41号（第37条関係）」を「様式第47号（第38条関係）」に改め、同様式を様式第四十七号とする。

様式第四十号中「様式第40号（第37条関係）」を「様式第46号（第38条関係）」に改め、同様式を様式第四十六号とする。

様式第三十九号中「様式第39号（第37条関係）」を「様式第45号（第38条関係）」に改め、同様式を様式第四十五号とする。

様式第三十八号中「様式第38号（第37条関係）」や「様式第44号（第38条関係）」に  
改め、同様式を様式第四十四号とする。

様式第三十七号中「様式第37号（第37条関係）」や「様式第43号（第38条関係）」  
に改め、同様式を様式第四十三号とする。

様式第三十六号中「様式第36号（第37条関係）」や「様式第42号（第38条関係）」に  
「社団法人」を「一般社団法人」に改め、同様式を様式第四十二号とする。

様式第三十五号中「様式第35号（第37条関係）」や「様式第41号（第38条関係）」に  
改め、同様式を様式第四十一号とする。

様式第三十四号中「様式第34号（第37条関係）」や「様式第40号（第38条関係）」に  
改め、同様式を様式第四十号とする。

様式第三十三号中「様式第33号（第37条関係）」や「様式第39号（第38条関係）」に  
改め、同様式を様式第三十九号とする。

様式第三十二号中「様式第32号（第37条関係）」や「様式第38号（第38条関係）」に  
「財団法人」を「一般財団法人」に改め、同様式を様式第三十八号とする。

様式第三十一号中「様式第31号（第37条関係）」や「様式第37号（第38条関係）」に  
改め、同様式を様式第三十七号とする。

様式第三十号中「様式第30号（第37条関係）」や「様式第36号（第38条関係）」に  
改め、同様式を様式第三十六号とする。

様式第二十九号中「様式第29号（第37条関係）」や「様式第35号（第38条関係）」に  
改め、同様式を様式第三十五号とする。

様式第二十八号の七中「様式第28号の7（第28条の10関係）」や「様式第34号の7（  
第29条の10関係）」に改め、同様式を様式第三十四号の七とする。

様式第二十八号の六中「様式第28号の6（第28条の10関係）」や「様式第34号の6（  
第29条の10関係）」に改め、同様式を様式第三十四号の六とする。

様式第二十八号の五中「様式第28号の5（第28条の10関係）」や「様式第34号の5（  
第29条の10関係）」に改め、同様式を様式第三十四号の五とする。

様式第二十八号の四中「様式第28号の4（第28条の9関係）」や「様式第34号の4（  
第29条の9関係）」に改め、同様式を様式第三十四号の四とする。

様式第二十八号の三中「様式第28号の3（第28条の4関係）」や「様式第34号の3（

第29条の4関係）」に改め、同様式を様式第三十四号の三とする。

様式第二十八号の二中「様式第28号の2（第28条の3関係）」や「様式第34号の2（  
第29条の3関係）」に改め、同様式を様式第三十四号の二とする。

様式第二十八号中「様式第28号（第28条の2関係）」や「様式第34号（第29条の2関  
係）」に改め、同様式を様式第三十四号とする。

様式第二十七号中「様式第27号（第27条関係）」や「様式第33号（第28条関係）」に  
改め、同様式を様式第三十三号とする。

様式第二十五号中「様式第25号（第26条関係）」や「様式第32号（第27条関係）」に  
改め、同様式を様式第三十二号とする。

様式第二十三号中「様式第23号（第25条関係）」や「様式第31号（第26条関係）」に  
改め、同様式を様式第三十一号とする。

様式第二十一号中「様式第21号（第24条関係）」や「様式第30号（第25条関係）」に  
改め、同様式を様式第三十号とする。

様式第二十号中「様式第20号（第23条関係）」や「様式第29号（第24条関係）」に  
改め、同様式を様式第二十九号とする。

様式第十九号「様式第19号（第22条関係）」や「様式第28号（第23条関係）」に改め  
、同様式を様式第二十八号とする。

様式第十八号中「様式第18号（第21条関係）」や「様式第27号（第22条関係）」に  
改め、同様式を様式第二十七号とする。

様式第十七号中「様式第17号（第21条関係）」や「様式第25号（第22条関係）」に  
改め、同様式を様式第二十五号とする。

様式第十六号中「様式第16号（表）（第19条関係）」や「様式第23号（表）（第20条  
関係）」に「様式第16号（裏）」や「様式第23号（裏）」に改め、同様式を様式第二  
十三号とする。

様式第十五号の二一「様式第15号の21（第18条の6関係）」や「様式第21号の21  
（第19条の6関係）」に改め、同様式を様式第二十一号の二一とする。

様式第十五号の二〇「様式第15号の20（第18条の6関係）」や「様式第21号の20（  
第19条の6関係）」に改め、同様式を様式第二十一号の二〇とする。

様式第十五号の一九「様式第15号の19（第18条の5関係）」や「様式第21号の19（

第19条の5関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の十九とする。

様式第十五号の十八の二中「様式第15号の18の2(第18条の5関係)」を「様式第21号の18の2(第19条の5関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の十八の二とする。

様式第十五号の十八中「様式第15号の18(第18条の5関係)」を「様式第21号の18(第19条の5関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の十八とする。

様式第十五号の十七中「様式第15号の17(第18条の5関係)」を「様式第21号の17(第19条の5関係)」に改め、同様式を「社団法人」「財団法人」を「一般社団法人」「一般財団法人」に改め、同様式を様式第二十一号の十七とする。

様式第十五号の十六中「様式第15号の16(第18条の4関係)」を「様式第21号の16(第19条の4関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の十六とする。

様式第十五号の十五中「様式第15号の15(第18条の4関係)」を「様式第21号の15(第19条の4関係)」に改め、同様式を第二十一号の十五とする。

様式第十五号の十四中「様式第15号の14(第18条の3関係)」を「様式第21号の14(第19条の3関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の十四とする。

様式第十五号の十三中「様式第15号の13(第18条の3関係)」を「様式第21号の13(第19条の3関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の十三とする。

様式第十五号の十二中「様式第15号の12(第18条の3関係)」を「様式第21号の12(第19条の3関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の十二とする。

様式第十五号の十一中「様式第15号の11(第18条の3関係)」を「様式第21号の11(第19条の3関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の十一とする。

様式第十五号の十中「様式第15号の10(第18条の3関係)」を「様式第21号の10(第19条の3関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の十とする。

様式第十五号の九中「様式第15号の9(第18条の3関係)」を「様式第21号の9(第19条の3関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の九とする。

様式第十五号の八中「様式第15号の8(第18条の3関係)」を「様式第21号の8(第19条の3関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の八とする。

様式第十五号の七中「様式第15号の7(第18条の3関係)」を「様式第21号の7(第19条の3関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の七とする。

様式第十五号の六中「様式第15号の6(第18条の3関係)」を「様式第21号の6(第19条の3関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の六とする。

様式第十五号の五中「様式第15号の5(第18条の3関係)」を「様式第21号の5(第19条の3関係)」に改め、「指定医療機関」を「指定発達支援医療機関」に改め、同様式を様式第二十一号の五とする。

様式第十五号の四中「様式第15号の4(第18条の2関係)」を「様式第21号の4(第19条の2関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の四とする。

様式第十五号の三中「様式第15号の3(第18条の2関係)」を「様式第21号の3(第19条の2関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の三とする。

様式第十五号の二中「様式第15号の2(第18条関係)」を「様式第21号の2(第19条関係)」に改め、同様式を様式第二十一号の二とする。

様式第十五号中「様式第15号(第18条関係)」を「様式第21号(第19条関係)」に改め、同様式を様式第二十一号とする。

様式第十四号の二中「様式第14号の2(第18条関係)」を「様式第20号の2(第19条関係)」に改め、同様式を様式第二十号の二とする。

様式第十四号中「様式第14号(第18条関係)」を「様式第20号(第19条関係)」に改め、同様式を様式第二十号とする。

様式第十三号の二中「様式第13号の2(第18条関係)」を「様式第19号の2(第19条関係)」に改め、同様式を様式第十九号の二とする。

様式第十三号中「様式第13号(第18条関係)」を「様式第19号(第19条関係)」に改め、同様式を様式第十九号とする。

様式第十二号の二中「様式第12号の2(第17条関係)」を「様式第18号の2(第18条関係)」に改め、同様式を様式第十八号の二とする。

様式第十二号中「様式第12号(第17条関係)」を「様式第18号(第18条関係)」に改め、同様式を様式第十八号とする。

附則の次に次の十七様式を加える。

様式第1号(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)										
(※1)										
受 診 者	フリガナ					生 年 月 日				
	氏 名					性 別	男・女	年 齢	歳	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									
	フリガナ					電 話 番 号 (※2)				
	住 所 (※2)	(〒 - )								
自 己 負 担 上 限 額 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"/>	高額かつ長期(※5)				
	<input type="checkbox"/>	重症患者認定(※4)								
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病若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(氏名 )・無				
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)										
上記のとおり、医療意見書の研究利用について同意し、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。(※7)										
申請者氏名					印 (※8)					
年 月 日										
福岡県知事 殿										

※1 新規・変更のいずれかに○をすること。また、更新及び転入手続きについても本様式によるものとする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入すること。

※3 別紙1(人工呼吸器等装着証明書)を添付すること。

※4 別紙2(重症患者認定申請書)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、上記の難病の月ごとの医療費総額が5万円を超える月が間6回以上ある場合に記入すること。

※6 更新又は変更の方のみ記入すること。

※7 医療意見書とは、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の3第1項に規定する診断書のことで、新規、更新及び変更(重症患者認定、小児慢性特定疾病の名称)の際に添付すること。医療意見書の研究利用についての同意は、裏面の説明を確認すること。

※8 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

※9 本申請書には、児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)第7条の9第2項による書類を添付すること。

様式第 1 号(裏面)(第 17 条関係)

<研究利用についてのご説明>

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を目指し、当該疾病の程度が一定以上である方の保護者に対し、申請に基づき、医療に要する費用(小児慢性特定疾病医療費)を支給しています。この制度の利用を申請していただく際に提出していただく「医療意見書」は、この事業の対象となるか否かの審査に用いられると同時に、データベース化して本事業の利用者数の把握等を行い、研究を推進することとしております。

小児慢性特定疾病の児童等の健全育成に資する調査及び研究を推進するための基礎資料として、医療意見書のデータを研究へ利用させていただきたく同意をお願いしております。本紙をお読みいただき、研究利用に同意いただけるようでしたら、表記にご署名いただき、医療意見書と共に申請先の都道府県、指定都市又は中核市(以下、「都道府県等」という。)へ提出してください。

なお、同意については任意であり、同意されない場合についても医療費助成の可否に影響を及ぼすものではありません。

○個人情報保護について:  
患者さんの氏名や住所といった個人情報は申請書を提出した都道府県等が管理し、研究には利用しません。研究では、受給者番号等によって患者さんの経過(どのような治療を受けて、どうなったか等)を把握することはありますが、患者さんを特定できないように匿名化しています。研究の成果は公表しますが、その際個人が特定されることはありません。

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。

○研究利用等についての問合せ先:  
ポータルサイト「小児慢性特定疾病情報センター」(<http://shouman.jp>)に研究利用等についての情報をこれから随時掲載していく予定でおりますのでご覧ください。ご不明な点は以下にお問合せください。

- ・福岡県保健医療介護部健康増進課母子保健係(Tel:092-643-3307)
- ・独立行政法人国立成育医療研究センター小児慢性特定疾病情報センター  
Tel: 03-3416-0181(代表)

医療費支給認定基準世帯員(受診者と同じ医療保険に加入する者)

氏名	受診者との続柄	生年月日 (年齢)	難病又は小児慢性特定疾病の該当者(※)	市町村民税課税額	所得額(市町村民税非課税)

※申請書表面の「今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病若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」の該当者に○をつけること。

自己負担額階層区分	
-----------	--

小児慢性特定疾病患者用

別紙1

人工呼吸器等装着証明書

フリガナ		性別	1. 男	生年月日	年 月 日生(満 歳)
氏名			2. 女		
医療受給者証に記載されている疾病名	人工呼吸器				
	体外式補助人工心臓等				
※人工呼吸器の欄に疾病名を記入の場合は下記①・③に記入。体外式補助人工心臓等の欄に疾病名を記入の場合は下記②・③に記入。					
<b>①人工呼吸器の使用について</b>					
※人工呼吸器装着者とは、気管切開口を介した人工呼吸器を使用している者、鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器を使用している者をいう。					
人工呼吸器装着の有無	人工呼吸器 1. あり( 年 月から) 2. なし				
人工呼吸器の種類	1. 気管切開口を介した人工呼吸器 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器				
施行状況	1. 施行 2. 未施行				
離脱の見込み	1. あり 2. なし				
<b>②体外式補助人工心臓等の使用について</b>					
体外式補助人工心臓等の装着の有無	体外式補助人工心臓等 1. あり( 年 月から) 2. なし				
体外式補助人工心臓等の装着の種類					
施行状況	1. 施行 2. 未施行				
離脱の見込み	1. あり 2. なし				
<b>③生活状況等の評価について</b>					
生活状況の評価	○食事	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
	○更衣	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
	○移乗(※)・屋内での移動	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
	○屋外での移動	1. 自立	2. 部分介助	3. 全介助	
	※移乗: ベッドから椅子、車椅子への移動				
	【評価基準】 1. 自立 補装具の使用の有無にかかわらず、通常の発達相当に実施できる 2. 部分介助 1. 自立と3. 全介助の間 3. 全介助 本人のみでは実施することが困難で、実施のためには全般に介助が必要な状態				
医療機関名					
医療機関所在地					
電話番号 ( )					
医師の氏名		印	記載年月日: 年 月 日		

※人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、医療受給者証に記載されている疾病によって生じている場合に本診断書を提出してください。



## 別紙2

## 重症患者認定申請書

疾病名			
障害等の状態	※「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」(裏面)に該当する障害の長期継続の状態(該当欄に○を付してください)		
	<基準①>		<基準②>
	眼		悪性新生物
	聴器		慢性腎疾患
	上肢		慢性呼吸器疾患
	下肢		慢性心疾患
	体幹・脊柱		先天性代謝異常
	肢体の機能		神経・筋疾患
			慢性消化器疾患
			皮膚疾患群
染色体又は遺伝子 に変化を伴う症候群			
証明書類(※)	1. 小児慢性特定疾病医療意見書 2. 障害年金証書の写 3. 身体障害者手帳の写 4. その他		
受給者番号 (新規申請の場合は不要)			
以上のおとり、重症患者の認定を申請します。  申請者住所  氏 名 印 年 月 日  福岡県知事 殿			

※重症状態を証明するいずれかの書類を併せて提出すること。なお、既に小児慢性特定疾病医療費支給認定を受けている方で重症患者認定の申請をする場合でも、様式第1号(変更に○をつける)を提出すること。

別紙2(裏面)

小児慢性特定疾病重症患者認定基準

<基準①>

すべての疾患に関して、次に掲げる症状のうち、1つ以上が長期間(おおむね6か月以上)継続すると認められる場合

対象部位	症状の状態
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの(両眼の視力の和が0.04以下のもの)
聴器	聴覚機能に著しい障害を有するもの(両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの)
上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの(両上肢の用を全く廃したもの)
	両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの(両上肢の全ての指を基部から欠いているもの、両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの)
	一上肢の機能に著しい障害を有するもの(一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの、一上肢の用を全く廃したもの)
下肢	両下肢の機能に著しい障害を有するもの(両下肢の用を全く廃したもの)
	両下肢を足関節以上で欠くもの(両下肢を足関節以上で欠くもの)
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの(1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら、横すわりのいずれもができないもの又は、臥位又は座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護又は補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの)
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、上記と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの(一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの、四肢の機能に相当程度の障害を残すもの)

<基準②>

①に該当しない場合であって、各疾患群に関して以下の項目に該当する場合

疾患群	該当項目
悪性新生物	転移又は再発があり、濃厚な治療を行っているもの
慢性腎疾患	血液透析又は腹膜透析(CAPD、持続携帯腹膜透析を含む)を行っているもの
慢性呼吸器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの
慢性心疾患	人工呼吸管理又は酸素療法を行っているもの
先天性代謝異常	知能指数20以下、又は1歳以上の児童において、寝たきりのもの
神経・筋疾患	発達・知能指数は20以下、又は1歳以上の児童において、寝たきりのもの
慢性消化器疾患	気管切開管理又は挿管を行っているもの
皮膚疾患群	知能指数20以下、又は1歳以上の児童において、寝たきりのもの
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	上記の項目のいずれかに該当するもの

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 性 別		
	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		
	経過措置適用		
	重症患者認定		
	受診者と同じ世帯内にいる小児慢性特定疾病 又は指定難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(裏面)(第17条の2関係)

指 定 医 療 機 関 名	病 院 ・ 診 療 所		所 在 地	
	事 訪 問 者 等 護		所 在 地	

※薬局については、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

- 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 氏名、居住地、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。）へ転出するにおいて、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。
- 5 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、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。
- 6 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。
- 7 この証の有効期間満了後も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。
- 8 その他小児慢性特定疾病の医療の受給に関する問合せは、福岡県保健医療介護部健康増進課母子保健係（TEL 092-643-3307）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3号-1(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〕

教 示

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、福岡県を被告として(訴訟において県を代表する者は県知事となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、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。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定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  
平成 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〕

教 示

この処分 of 取消しを求める訴えは、この処分 of 通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内  
に限り、福岡県を被告として(訴訟において県を代表する者は県知事となります。)提起することが  
できます(なお、この処分 of 通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分 of  
日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分 of 取消し of 訴えを提起することができなくなりま  
す。)。また、この処分 of 通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合に  
は、この処分 of 取消し of 訴えは、その異議申立てに対する決定 of 送達を受けた日の翌日から起算  
して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対する決定 of 送達を  
受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定 of 日の翌日か  
ら起算して1年を経過するとこの処分 of 取消し of 訴えを提起することができなくなります。))。

## 様式第4号(第17条の3関係)

## 小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届書

受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	住所	(〒 - )		
申請者(保護者)	フリガナ		続柄	
	氏名			
	フリガナ			
	住所(※1)	(〒 - )		
受給者番号				
変更年月日	年 月 日			
変更内容	事項	変更前	変更後	
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) (※2)			
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) (※2)			
	医療保険証に関する事項 (記号及び番号・保険者名 ・受診者と同一の加入者) (※2)			
備考				
<p>小児慢性特定疾病医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p>				
届出者氏名		印 (※3)		
年 月 日		福岡県知事 殿		

※1 受診者本人と異なる場合に記入すること。

※2 氏名及び住所の変更の場合は住民票、加入している医療保険の変更の場合は医療保険証の写しを添付すること。  
なお、指定小児慢性特定疾病医療機関、自己負担額上限額の特例(所得区分・人工呼吸器等装着・高額かつ長期・重症患者認定)及び小児慢性特定疾病の名称の変更については、「小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・変更)」(様式第1号)により申請すること。

※3 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

様式第5号－1(第17条の4関係)

小児慢性特定疾病指定医(指定・指定更新)申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

氏 名 印

〒

住 所

電話番号

児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)[第7条の11・第7条の12]の規定に基づき申請します。

生年月日	年 月 日	性 別	男・女
医籍登録番号		医 籍 登録年月日	年 月 日
記載 い① ず又 れは か② をの	① 専門医の 名 称	専門医の認定 機関(学会)	専門医の 有効期間 年 月 日迄
	② 研修の 名 称		研 修 修 了 日 年 月 日
※ 上記の①又は②の欄は、①専門医要件で申請を希望する場合 ②研修修了要件で申請を希望する場合に記載してください。			
勤務先の医療機関 (※1)	医療機関名		
	所在地	(〒 - )	
	電話番号		
	担当する 診療科名		
指定医番号(※2)			

※1 小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関で、県管轄(北九州市、福岡市及び久留米市を除く。)にある勤務先を記載してください。

※2 児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づく指定更新の際に、記載してください。

添付書類

1. 経歴書(様式第5号－2)
2. 医師免許証の写し  
(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと。)
3. 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は指定医の研修修了を証明する書類の写し

(裏面に続く)



様式5号-1(裏面)(第17条の4関係)

○ 表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

1	医療機関名	
	所在地	(〒      -      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	(〒      -      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	(〒      -      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	(〒      -      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	(〒      -      )
	電話番号	
	担当する診療科名	

様式第5号-2(第17条の4関係)

## 経 歴 書

※5年以上の診断又は治療に従事した経験(臨床研修期間を含む。)があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。

年 月 日現在

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名	印	男・女	年 月 日
診断又は治療に従事した期間	従事した診療科名	従 事 し た 医 療 機 関 名	
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
合 計 期 間		計 年 月	

様式第6号(第17条の5関係)

## 小児慢性特定疾病指定医申請事項変更届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

指定医番号

医師氏名

印

児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の3第2項に規定する指定医の指定について、以下の事項について変更があったため児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)第7条の14に基づき届け出ます。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名			
	<input type="checkbox"/>	住 所	(〒 - )		
			(電話番号 )		
	<input type="checkbox"/>	勤務先の関係 医療機関	医療機関名		
			所在地	(〒 - )	
電話番号					
担当する診療科名					

(裏面に続く)

様式第6号(裏面)(第17条の5関係)

○ 表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある追加の医療機関があれば記載してください。

1	医療機関名	
	所在地	(〒      -      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	(〒      -      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	(〒      -      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	(〒      -      )
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	(〒      -      )
	電話番号	
	担当する診療科名	

様式第7号(第17条の6関係)

## 小児慢性特定疾病指定医辞退申出書

氏 名 フリガナ		(生年月日 年 月 日)
住 所		(〒 - )
電話番号		
医籍登録番号		
勤務先の 医療機関	医療機関名	
	所在地	(〒 - )
	電話番号	
	担当する 診療科名	
辞退年月日		年 月 日
辞退の理由		
<p>上記のとおり、児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)第7条の15の規定により、指定の辞退を申し出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名 印</p> <p>福岡県知事 殿</p>		

※辞退年月日は、申し出日の翌日より60日以上を経過した日であること。





様式第9号(裏面)(第17条の9関係)

(誓約項目)

児童福祉法第19条の9第2項の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。

#### 児童福祉法(抜粋)

第19条の9第2項 都道府県知事は、前項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定をしてはならない。

- 一 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 二 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 三 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四 申請者が、第19条の18の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消され、その取消の日から起算して5年を経過しない者(当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法(平成5年法律第88号)第15条の規定による通知があつた日前60日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含み、当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前60日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して5年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該取消しが、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの処分の理由となつた事実その他の当該事実に関して当該指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五 申請者が、第19条の18の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第15条の規定による通知があつた日(第7号において「通知日」という。)から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第19条の15の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 六 申請者が、第19条の16第1項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第19条の18の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から10日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第19条の15の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 七 第5号に規定する期間内に第19条の15の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出があつた場合において、申請者が、通知日前60日以内に当該申出に係る法人(当該辞退について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該申出に係る法人でない者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)の管理者であつた者で、当該申出の日から起算して5年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、前項の申請前5年以内に小児慢性特定疾病医療支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者が、法人でない者で、その管理者が第一号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。







様式第 10 号(裏面)(第 17 条の 9 関係)

(誓約項目)

児童福祉法第 19 条の 9 第 2 項の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。

#### 児童福祉法(抜粋)

第 19 条の 9 第 2 項 都道府県知事は、前項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定をしてはならない。

- 一 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 二 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 三 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四 申請者が、第 19 条の 18 の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消され、その取消の日から起算して 5 年を経過しない者(当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法(平成 5 年法律第 88 号)第 15 条の規定による通知があつた日前 60 日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であつた者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含み、当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前 60 日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該取消しが、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの処分の理由となつた事実その他の当該事実に関して当該指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五 申請者が、第 19 条の 18 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知があつた日(第 7 号において「通知日」という。)から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 19 条の 15 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 六 申請者が、第 19 条の 16 第 1 項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第 19 条の 18 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から 10 日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第 19 条の 15 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 七 第 5 号に規定する期間内に第 19 条の 15 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出があつた場合において、申請者が、通知日前 60 日以内に当該申出に係る法人(当該辞退について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該申出に係る法人でない者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)の管理者であつた者で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、前項の申請前 5 年以内に小児慢性特定疾病医療支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者が、法人でない者で、その管理者が第一号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。





様式第 11 号(第 17 条の 9 関係)

(誓約項目)

児童福祉法第 19 条の 9 第 2 項の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。

#### 児童福祉法(抜粋)

第 19 条の 9 第 2 項 都道府県知事は、前項の申請があつた場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定をしてはならない。

- 一 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 二 申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 三 申請者が、労働に関する法律の規定であつて政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 四 申請者が、第 19 条の 18 の規定により指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消され、その取消の日から起算して 5 年を経過しない者(当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法(平成 5 年法律第 88 号)第 15 条の規定による通知があつた日前 60 日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者(以下「役員等」という。)であつた者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含み、当該指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があつた日前 60 日以内に当該者の管理者であつた者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。)であるとき。ただし、当該取消しが、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの処分の理由となつた事実その他の当該事実に関して当該指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 五 申請者が、第 19 条の 18 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知があつた日(第 7 号において「通知日」という。)から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 19 条の 15 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 六 申請者が、第 19 条の 16 第 1 項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日(当該検査の結果に基づき第 19 条の 18 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から 10 日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。)までの間に第 19 条の 15 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出をした者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 七 第 5 号に規定する期間内に第 19 条の 15 の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退の申出があつた場合において、申請者が、通知日前 60 日以内に当該申出に係る法人(当該辞退について相当の理由がある法人を除く。)の役員等又は当該申出に係る法人でない者(当該辞退について相当の理由がある者を除く。)の管理者であつた者で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 八 申請者が、前項の申請前 5 年以内に小児慢性特定疾病医療支援に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 九 申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 十 申請者が、法人でない者で、その管理者が第一号から第八号までのいずれかに該当する者であるとき。



様式第 12 号(第 17 条の 10 関係)

## 指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書 (病院又は診療所)

保険医療 機関	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科目		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙 1)
<p>上記のとおり、児童福祉法(昭和 22 年法律第 164 号)第 19 条の 14 の規定に基づき 変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏 名 又 は 名 称</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>福 岡 県 知 事 殿</p>			

※ 変更がある事項の口の中にレ印を付すること。





様式第 13 号(第 17 条の 10 関係)

## 指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書 (薬局)

保険薬局	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	
	薬局コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙 1)

上記のとおり、児童福祉法(昭和 22 年法律第 164 号)第 19 条の 14 の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。

年 月 日

開 設 者

住 所

氏 名 又 は 名 称

印

福 岡 県 知 事 殿

※ 変更がある事項の口の中にレ印を付すること。



様式第14号(第17条の10関係)

## 指定小児慢性特定疾病医療機関変更届出書（指定訪問看護事業者）

指定訪問看護 事業者	名 称		<input type="checkbox"/>	
	主たる事務所の所在地		<input type="checkbox"/>	
	代 表 者	住 所	<input type="checkbox"/>	
		氏 名	<input type="checkbox"/>	
訪問看護 ステーション	名 称		<input type="checkbox"/>	
	所在地		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名 及び職名	<input type="checkbox"/>	(別紙1)		
訪問看護ステー ションコード	<input type="checkbox"/>			

上記のとおり、児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の14の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。

年 月 日

所 在 地  
名 称  
代 表 者

印

福 岡 県 知 事 殿

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。



様式第 15 号(第 17 条の 11 関係)

## 指定小児慢性特定疾病医療機関(休止・廃止・再開)届出書

医療機関等	名 称	
	所在地	(電話番号: )
	医療機関等コード	
開設者	住 所	
	氏名又は名称	
(休止・廃止・再開)年月日		年 月 日
届出の理由		
<p>上記のとおり、児童福祉法施行規則(昭和 23 年厚生省令第 11 号)第 7 条の 36 第 1 項第 1 号の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の(休止・廃止・再開)の届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>開 設 者 住 所 氏 名 又 は 名 称 印</p> <p>福 岡 県 知 事 殿</p>		

※ 休止・廃止・再開のいずれかに○をすること。

様式第 16 号(第 17 条の 11 関係)

## 指定小児慢性特定疾病医療機関処分届出書

医療機関等	名 称	
	所在地	(電話番号: )
	医療機関等コード	
開設者	住 所	
	氏名又は名称	
処分を受けた年月日		年 月 日
処分の種別		1 医療法(昭和23年法律第205号)第24条 2 医療法第28条 3 医療法第29条 4 健康保険法(大正11年法律第70号)第95条 5 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律(昭和35年法律第145号)第72条第4項 6 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第75条第1項
<p>上記のとおり、児童福祉法施行規則(昭和23年厚生省令第11号)第7条の36第1項第2号の規定により、届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者</p> <p>住 所</p> <p>氏名又は名称</p> <p>印</p> <p>福岡県知事 殿</p>		

※ 処分の種別がわかるように番号のいずれかに○をすること。





## 附則

この規則は、平成二十七年一月一日から施行する。

福岡県公告式条例（昭和二十五年福岡県条例第四十六号）第五条第一項において、準用する同条例第二条第二項ただし書の規定により掲示したものを、ここに再掲する。

福岡県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則を制定し、ここに公布する。

平成二十六年十二月二十五日

福岡県知事 小川 洋

## 福岡県規則第五十七号

福岡県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則

（趣旨）

**第一条** この規則は、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号。以下「法」という。）、難病の患者に対する医療等に関する法律施行令（平成二十六年政令第三百五十八号）及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成二十六年厚生労働省令第百二十一号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、特定医療費の支給及び指定医療機関の指定に関し必要な事項を定めるものとする。

（支給認定の申請等）

**第二条** 法第六条第一項の規定による支給認定の申請又は法第十条第一項の規定による支給認定の変更の申請は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・変更）（様式第一号）によるものとする。

（医療受給者証の交付等）

**第三条** 知事は、特定医療に係る前条の規定による申請があった場合には、その内容を審査し、適当であると認めるときは特定医療費（指定難病）受給者証（様式第二号）を申請者に交付し、適当と認められないときは不認定通知書（様式第三号）を申請者に送付しなければならない。

（申請内容の変更の届出）

**第四条** 省令第十三条第一項の規定による申請内容の変更の届出は、特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届（様式第四号）によるものとする。

（指定医の指定の申請等）

**第五条** 省令第十六条第一項の規定による指定の申請は、指定医指定申請書（様式第五号）によるものとする。

2 省令第十七条第二項の規定による指定の更新申請は、指定医指定更新申請書（様式第六号）によるものとする。

（指定医の申請内容の変更の届出）

**第六条** 省令第十九条の規定による申請内容の変更の届出は、指定医申請事項変更届出書（様式第七号）によるものとする。

（指定医の指定辞退の届出）

**第七条** 省令第二十条第一項の規定による指定の辞退の届出は、指定医辞退届出書（様式第八号）によるものとする。

（公表）

**第八条** 省令第二十一条の規定による公表は、次の各号に掲げる事項について行うものとする。

- 一 指定医の氏名
- 二 主として指定難病の診断を行う医療機関の名称及び所在地
- 三 担当する診療科名
- 四 指定等の年月日

（医療受給者証の再交付の申請）

**第九条** 省令第二十七条第一項の規定による医療受給者証の再交付の申請は、特定医療費（指定難病）受給者証再交付申請書（様式第九号）によるものとする。

（指定医療機関の指定の申請等）

**第十条** 法第十四条第一項の規定による指定の申請又は法第十五条第一項の規定による指定の更新申請は、病院又は診療所にあつては指定医療機関（指定・指定更新）申請書（病院又は診療所）（様式第十号）によるものとし、薬局にあつては指定医療機関（指定・指定更新）申請書（薬局）（様式第十一号）によるものとし、指定訪問看護事業者等にあつては指定医療機関（指定・指定更新）申請書（指定訪問看護事業者等）（様式第十二号）によるものとする。

（指定医療機関の変更の届出）

**第十一条** 法第十九条の規定による変更の届出は、病院又は診療所にあつては指定医療機関変更届出書（病院又は診療所）（様式第十三号）によるものとし、薬局にあつては指定医療機関変更届出書（薬局）（様式第十四号）によるものとし、指定訪問看護事業者等にあつては指定医療機関変更届出書（指定訪問看護事業者等）（様式第十五号）によるものとする。

（指定医療機関の休止等の届出）

**第十二条** 省令第四十三条第一号の規定による届出は、指定医療機関（休止・廃止・再開）届出書（様式第十六号）によるものとする。

2 省令第四十三条第二号の規定による届出は、指定医療機関処分届出書（様式第十七号）によるものとする。

（指定医療機関の指定辞退の申出）

**第十三条** 法第二十条の規定による指定の辞退の申出は、指定医療機関辞退申出書（様式第十八号）によるものとする。

（公示）

**第十四条** 法第二十四条の規定による公示は、指定等に係る医療機関の名称及び所在地並びに指定等の年月日について行うものとする。

（雑則）

**第十五条** この規則に定めるもののほか、必要な事項は知事が別に定めるものとする。

様式第 1 号（第 2 条関係）

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・変更）										
（※1）										
受 診 者	フリガナ				性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日	
	氏 名								年 月 日	
	フリガナ									
	住 所	〒						電話 番号		
	加入医療保険	被保険者氏名				受診者 との続柄				
保 険 種 別				被保険者証の 記号・番号						
被 保 険 者 証 発 行 機 関 名										
所 在 地										
申 請 者 （※2）	フリガナ				受診者 との関係					
	氏 名									
	フリガナ				電話番号 （※3）					
	住 所 （※3）	〒								
病 名										
自己負担上限額 の特例 （該当するものに☑）	<input type="checkbox"/>	人 工 呼 吸 器 等 装 着			<input type="checkbox"/>	高 額 か つ 長 期（※4） （高額難病治療継続者）				
	<input type="checkbox"/>	軽 症 高 額 該 当（※5）			<input type="checkbox"/>	重 症 患 者 認 定（※6）				
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病若しくは小 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（氏名） ・ 無					
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					
受給者番号（※7）										
臨床調査個人票 の研究利用につ いての同意（※8）	指定難病の研究を推進するため、提出した診断書（臨床調査個人票）を厚生労働科学研究にお いて、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意する（詳細について は裏面を参照）。									
私は、上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定医療費の支給を申請します。										
申請者氏名				印（※9）						
年 月 日										
福 岡 県 知 事 殿										

- ※ 1 新規・変更のいずれかに○をすること。また、更新及び転入手続きについても本様式によるものとする。
- ※ 2 受診者が18歳未満の場合には、保護者を記入すること。
- ※ 3 受診者本人と異なる場合に記入すること。
- ※ 4 申請日の属する月以前の12か月の間（支給認定を受けた月以後のものに限る。）に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6か月以上ある場合に記入すること。
- ※ 5 病状の程度が厚生労働大臣の定める程度ではないが、申請日の属する月以前の12か月の間に、上記の難病に関する月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が3か月以上ある場合に記入すること。
- ※ 6 有効期限が平成26年12月31日までの特定疾患医療受給者証を持っていた方で、平成27年1月1日以降も引き続き特定医療費（指定難病）受給者証を持っている方が重症患者認定申請をする場合に記入すること。この場合、別紙1（診断書）を添付すること。
- ※ 7 更新又は変更の方のみ記入。
- ※ 8 臨床調査個人票とは、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項に規定する診断書の中で、新規、更新及び変更申請（人工呼吸器等装着、指定難病の名称）の際に添付すること。なお、臨床調査個人票の研究利用についての同意は、裏面の説明を確認すること。
- ※ 9 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。



別紙 1

## 診 断 書

年 月 日生 男・女

患者氏名 \_\_\_\_\_

患者住所 \_\_\_\_\_

指定難病名 \_\_\_\_\_

○欄	該当対象部位	症 状 記 載 欄
	眼	
	聴 器	
	肢 体	
	神経系	
	呼吸器	
	心 臓	
	腎 臓	
	肝 臓	
	血液・造血器	
	その他	

注 1 : 該当対象部位の左欄に○を付してください。

注 2 : 上記の指定難病を主たる要因として、別添 1 「重症患者認定基準表」の対象部位別の症状が現に認められ、かつ、長期間（概ね 6 か月以上）継続するものと認められるかどうかについて、御記載ください。

以上のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師の氏名

印

別添 1

重症患者認定基準表

下記の症状が長期間継続するものと認められるもの

対象部位	症 状 の 状 態	一 部 の 例 示
眼	①眼の機能に著しい障害を有するもの	両眼の視力の和が0.04以下のもの
		両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が95%以上のもの
聴 器	②聴覚機能に著しい障害を有するもの	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの
肢 上 肢	③両上肢の機能に著しい障害を有するもの	両上肢の用を全く廃したもの
		両上肢のすべての指を基部から欠き、有効長が0のもの
	④両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの	両上肢のすべての指の用を全く廃したもの
		一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの
		一上肢の用を全く廃したもの
	⑤一上肢の機能に著しい障害を有するもの	一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの
		一上肢の用を全く廃したもの
下 肢	⑥両下肢の機能に著しい障害を有するもの	両下肢の用を全く廃したもの
	⑦両下肢を足関節以上で欠くもの	両下肢をショパール関節以上で欠くもの
体 体幹・ 脊 柱	⑧体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの	腰掛、正座、あぐら、横すわりのいずれもができないもの又は、臥位又は坐位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護又は補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの
		四肢の機能に相当程度の障害を残すもの
肢体の機能	⑨身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前①～⑧と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの	一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの
神 経 系		四肢の機能に相当程度の障害を残すもの 肢体の障害に準じる
呼 吸 器		活動能力の程度がゆっくりでも少し歩くと息切れがする、または、息苦しくて身の回りのこともできない状態に該当し、かつ、次のいずれかに該当するもの。 (1) 予測肺活量1秒率が20%以下のもの (2) 動脈血ガス分析値にA表に掲げる異常を示すもの いかなる負荷にも耐え得ないもの
心 臓		浮腫、呼吸困難等の臨床症状があり、B表に掲げる症状の1又は2に該当し、かつ、C表に掲げる心臓疾患検査所見等のうち、いずれか2つ以上の所見等があるもの
腎 臓		D表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、E表に掲げるうち、いずれか1つ以上の検査成績の異常に該当するもの
肝 臓		F表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、G表に掲げるうち、いずれか1系列以上の検査成績が異常を示すもの
		G表に掲げるうち、いずれか2系統以上の検査成績が高度異常を示し、高度の安静を必要とするもの
血 液 ・ 造 血 器		H表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、I表に掲げる1～4までのうち、3つ以上に該当するもの
		J表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、K表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもの
そ の 他		

## 呼吸器疾患の参考表

A 表 (呼吸器疾患検査所見—動脈血ガス分析値)

	検査項目	単位	異常値
1	動脈血 O <sub>2</sub> 分圧	mmHg	55 以下
2	動脈血 C O <sub>2</sub> 分圧	mmHg	60 以上

動脈血ガス分析値は、1 回のみ検査成績によることなく、総合的に判定するものとする。

## 心臓疾患の参考表

B 表 (心臓疾患重症症状)

1	安静時にも心不全症状又は狭心症症状が起こり、安静からはずすと訴えが増強するもの
2	身体活動を極度に制限する必要がある心臓病患者で、身の回りのことはかろうじてできるが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状がおこるもの

C 表 (心臓疾患検査所見等)

1	明らかな器質性雑音が認められるもの
2	X線フィルムによる計測 (心胸郭計数) で 60% 以上のもの
3	胸部 X 線所見で、肺野に高度うっ血所見のあるもの
4	心電図で、陳旧性心筋梗塞所見のあるもの
5	心電図で、脚ブロック所見のあるもの
6	心電図で、完全房室ブロック所見のあるもの
7	心電図で、第 2 度以上の不完全房室ブロック所見のあるもの
8	心電図で、心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が 10 以上のもの
9	心電図で、S T 低下が 0.2mV 以上の所見があるもの
10	心電図で、第 III 誘導及び V 1 以外の誘導の T が逆転した所見があるもの
11	心臓ペースメーカーを装着したもの
12	人工弁を装着したもの

## 腎臓疾患の参考表

D 表 (腎臓疾患重症症状)

1	尿毒症性心膜炎
2	尿毒症性出血傾向
3	尿毒症性中枢神経症状

E 表 (腎臓疾患検査所見等)

	検 査 項 目	単 位	異常値
1	内因性クレアチニン・クリアランス値	ml/分	10未満
2	血清クレアチニン濃度	mg/dl	8 以上
3	血液尿素窒素	mg/dl	80以上

人工透析療法施行中の者にかかる腎機能検査成績は、当該療法実施前の成績による。

## 肝臓疾患の参考表

F 表 (肝臓疾患重症症状)

1	高度の腹水が存続するもの
2	意識障害発作を繰り返すもの
3	胆道疾患で発熱が頻発するもの

G 表 (肝臓疾患検査所見等)

系列	検 査 項 目	単 位	異常値	高度異常値
A	アルブミン(電気泳動法)	g/dl	2.8以上3.8未満	2.8未満
	γ-グロブリン(電気泳動法)	g/dl	1.8以上2.5未満	2.5以上
	Z T T (Kunkel法)	単位	14以上20未満	20以上
B	I C G (15分値)	%	10以上30未満	30以上
	血清総ビリルビン 黄疸指数(Meulengracht法)	mg/dl —	1.0以上5.0未満 10以上30未満	5.0以上 30以上
C	G O T (Karmen法)	単位	50以上200未満	200以上
	G P T (Karmen法)	単位	50以上200未満	200以上
D	アルカリフォスファターゼ(Bessey法)	単位	3.5以上10未満	10以上
	アルカリフォスファターゼ(Kind-King法)	単位	12以上30未満	30以上



## 血液・造血器疾患の参考表

H表（血液・造血器疾患重症症状－貧血群）

1	治療により貧血改善はやや認められるが、なお高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの
2	輸血をひんぱんに必要とするもの

I表（血液・造血器疾患検査所見等－貧血群）

1	末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) 血色素量が6.0g/dl未満のもの (2) 赤血球数が200万/mm <sup>3</sup> 未満のもの
2	末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) 白血球が1,500/mm <sup>3</sup> 未満のもの (2) 顆粒球数が500/mm <sup>3</sup> 未満のもの
3	末梢血液中の血小板数が1万/mm <sup>3</sup> 未満のもの
4	骨髓像で、次のいずれかに該当するもの (1) 有核細胞が2万/mm <sup>3</sup> 未満のもの (2) 巨核球数が15/mm <sup>3</sup> 未満のもの (3) リンパ球が60%以上のもの (4) 顆粒球(G)と赤芽球(E)との比(G/E)が10以上のもの

J表（血液・造血器疾患重症症状－出血傾向群）

1	高度の出血傾向又は関節症状のあるもの
2	凝固因子製剤を頻繁に輸注しているもの

K表（血液・造血器疾患検査所見等－出血傾向群）

1	出血時間(デューク法)が10分以上のもの
2	血小板数が3万/mm <sup>3</sup> 未満のもの

様式第2号（第3条関係）

特 定 医 療 費 （ 指 定 難 病 ） 受 給 者 証					
公費負担者番号					
特定医療費受給者番号					
受 診 者	住 所				
	氏 名 生年月日 性 別				
	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	月 額	円	階 層 区 分	
	人工呼吸器等装着	該 当 ・ 非 該 当			
	高額かつ長期	該 当 ・ 非 該 当			
	軽症高額該当	該 当 ・ 非 該 当			
	重症患者認定	該 当 ・ 非 該 当			
	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 ・ 無		
有 効 期 間		年 月 日 から 年 月 日 まで			
発行機関名 及 び 印		福 岡 県 知 事			
交 付 年 月 日					

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

- 1 この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能となります。
- 2 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された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。
- 3 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、この証を必ず窓口に提出してください。
- 4 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（保健所：北九州市の方は北九州市各区保健福祉課、福岡市の方は福岡市各区保健福祉センター、大牟田市の方は大牟田市保健所、久留米市の方は久留米市保健所、その他の地域の方は県の各保健福祉（環境）事務所）にその旨を届け出てください。
- 5 治癒、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（保健所）に返還してください。
- 6 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（保健所）にその旨を届け出てください。
- 7 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、必ず有効期間内に最寄りの保健所で所定の手続きを行ってください。
- 8 その他指定難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健康増進課疾病対策係（TEL 092-643-3267）又は最寄りの保健所に連絡してください。

#### 指定医療機関に対するお願い

指定難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 3 号 (第 3 条関係)

第 号  
年 月 日

不認定通知書

申請者

殿

福 岡 県 知 事

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 2 6 年法律第 5 0 号）第 6 条第 1 項（又は第 1 0 条第 1 項）の規定による 年 月 日付け特定医療費の申請は、次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。

理由

- 1. 特定医療費の対象となる疾病ではないため
- 2. 疾病の症状の程度が特定医療費の対象となる程度ではないため
- 3. 軽症高額該当の要件を満たしていないため
- 4. その他（ ）

- 1. 高額かつ長期（高額難病治療継続者）の要件を満たしていないため
- 2. 人工呼吸器等装着者の要件を満たしていないため
- 3. その他（ ）

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60日以内に福岡県知事に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、福岡県を被告として（訴訟において県を代表する者は県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定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4号（第4条関係）

## 特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受 診 者	フリガナ		性 別	男 ・ 女	年 齢	歳	生 年 月 日
	氏 名						年 月 日
	フリガナ						
	住 所	〒					
保 護 者	フリガナ		受診者 との関係				
	氏 名						
	フリガナ						
	住 所 (受診者と異なる場合に記入)	〒					
受 給 者 番 号							
変 更 年 月 日		年 月 日					
変 更 の あ る 事 項 に ☑	事 項		変 更 前		変 更 後		
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) (※1)					
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号) (※1)					
	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者 名・保険者所在地・受診者 と同一の加入者) (※1)					
<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分 (※2)						
備 考							

私は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書及び特定医療費（指定難病）受給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。

届出者氏名

印 (※3)

年 月 日

福岡県知事 殿

※1 氏名及び住所の変更の場合は住民票、加入医療保険の変更の場合は医療保険証の写しを添付すること。

※2 医療保険の適用区分の変更の場合は、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を添付すること。

※3 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

※4 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器等装着・高額かつ長期・重症患者認定）及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

様式第 5 号（第 5 条関係）

指 定 医 指 定 申 請 書

年 月 日

福岡県知事 殿

医師氏名 印

〒  
住 所

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第 6 条第 1 項に規定する医師の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成 26 年厚生労働省令第 121 号）第 15 条の規定により、下記のとおり申請します。

生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
医籍登録番号	           	医 籍 登録年月日	年 月 日
申請区分 <small>（いずれかに○）</small>	難 病 指 定 医 ・ 協 力 難 病 指 定 医		
①又は②のいずれかを記載（※）	① 専門医の資格の名称	専門医の認定機関	
	② 研修の名称	研修了日	年 月 日
※ 上記①又は②の記載要領 ①を記載する場合：専門医資格による難病指定医の申請の場合。 ②を記載する場合：都道府県が実施する指定医の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合。 なお、経過的特例による難病指定医の指定申請を行う場合は、①と②のいずれも記載不要。			
主たる勤務先の医療機関	医療機関名		
	所在地	〒	
	電話番号		
	担当する診療科名		

添付書類

1. 経歴書（別紙 1）
2. 医師免許証の写し
3. 難病指定医の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）  
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
4. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）  
（裏面に続く）

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	





様式第 6 号（第 5 条関係）

## 指 定 医 指 定 更 新 申 請 書

年 月 日

福岡県知事 殿

指定医番号

医師氏名

印

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第 6 条第 1 項に規定する医師の指定について更新したいので、下記のとおり申請します。

申請区分 (いずれかに○)		難病指定医 ・ 協力難病指定医	
い① ず又は れは② かをの 記載	①	専門医の 資格の名称	専門医の 認定機関
	②	研修の名称	研 修 修 了 日
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名	
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号 )
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 番 号	
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の 医 療 機 関	医療機関名
	所在地		〒
	電話番号		
	担当する 診療科名		

添付書類

1. 難病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）  
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
2. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
3. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

(裏面)

## ○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	

様式第7号（第6条関係）

## 指定医申請事項変更届出書

福岡県知事 殿

指定医番号

医師氏名

印

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり申請事項の変更があったため届け出ます。

変 更 年 月 日		年 月 日				
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名				
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号 )			
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 番 号				
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日			
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	医療機関名			
	所在地		〒			
	電話番号					
	担当する診療科名					

※ 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

（裏面に続く）

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	

様式第 8 号（第 7 条関係）

## 指 定 医 辞 退 届 出 書

年 月 日

福岡県知事 殿

指定医番号

医師氏名

印

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第 6 条第 1 項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

指定医氏名		
連絡先	〒 (電話番号 )	
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
辞退年月日	年 月 日	
辞退理由		

様式第 9 号 (第 9 条関係)

特定医療費 (指定難病) 受給者証再交付申請書

受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏 名		男・女	年 月 日
	フリガナ			
	住 所			
保 護 者  <small>(受診者が18歳未満の場合記入)</small>	フリガナ		続柄	
	氏 名			
	フリガナ			
	住 所			
受 給 者 番 号				
受給者証の有効期間	年	月	日	から 年 月 日 まで
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、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則 (平成 2 6 年厚生労働省令第 1 2 1 号) 第 2 7 条の規定により、特定医療費 (指定難病) 受給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			印	

※ 再交付申請の理由がわかるように、番号のいずれかに○をすること。



(誓約項目)

難病の患者に対する医療等に関する法律第 14 条第 2 項各号に該当しないことを誓約すること。

難病の患者に対する医療等に関する法律（抜粋）

第 14 条第 2 項 都道府県知事は、前項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定医療機関の指定をしてはならない。

- 1 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 2 申請者が、この法律その他国民の保健医療に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 3 申請者が、第 23 条の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消しの日から起算して 5 年を経過しない者（当該指定医療機関の指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成 5 年法律第 88 号）第 15 条の規定による通知があった日前 60 日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含み、当該指定医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前 60 日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該取消しが、指定医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの処分の理由となった事実その他の当該事実に関して当該指定医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文の規定による指定医療機関の指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 4 申請者が、第 23 条の規定による指定医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知があった日（第 6 号において「通知日」という。）から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 20 条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 5 申請者が、第 21 条第 1 項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第 23 条の規定による指定医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から 10 日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第 20 条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 6 第 4 号に規定する期間内に第 20 条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、通知日前 60 日以内に当該申出に係る法人（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の役員等又は当該申出に係る法人でない者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 7 申請者が、前項の申請前 5 年以内に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 8 申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 9 申請者が、法人でない者で、その管理者が第 1 号から第 7 号までのいずれかに該当する者であるとき。





様式第 1 1 号 (第 1 0 条関係)

指定医療機関(指定・指定更新)申請書  
(薬局)

保険薬局	名称	
	所在地	〒 ー  (電話番号: )
	薬局コード	
開設者	住所	〒 ー
	氏名又は名称	
役員の氏名及び職名		(別紙 1)

上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律(平成 26 年法律第 50 号)〔第 14 条第 1 項の規定による・第 15 条第 1 項の規定に基づき〕指定医療機関として〔指定・指定を更新〕されたく申請する。

また、同法第 14 条第 2 項の規定のいずれにも該当しないことを誓約する。

年 月 日

開 設 者  
住 所  
氏名又は名称

印

福 岡 県 知 事 殿

※ 指定・指定更新のいずれかに○をすること。

(誓約項目)

難病の患者に対する医療等に関する法律第 1 4 条第 2 項各号に該当しないことを誓約すること。

難病の患者に対する医療等に関する法律 (抜粋)

第 1 4 条第 2 項 都道府県知事は、前項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定医療機関の指定をしてはならない。

- 1 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 2 申請者が、この法律その他国民の保健医療に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 3 申請者が、第 2 3 条の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消の日から起算して 5 年を経過しない者（当該指定医療機関の指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成 5 年法律第 8 8 号）第 1 5 条の規定による通知があった日前 6 0 日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で当該取消の日から起算して 5 年を経過しないものを含み、当該指定医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前 6 0 日以内に当該者の管理者であった者で当該取消の日から起算して 5 年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該取消しが、指定医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの処分の理由となった事実その他の当該事実に関して当該指定医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文の規定による指定医療機関の指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 4 申請者が、第 2 3 条の規定による指定医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第 1 5 条の規定による通知があった日（第 6 号において「通知日」という。）から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 2 0 条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 5 申請者が、第 2 1 条第 1 項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第 2 3 条の規定による指定医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から 1 0 日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第 2 0 条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 6 第 4 号に規定する期間内に第 2 0 条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、通知日前 6 0 日以内に当該申出に係る法人（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の役員等又は当該申出に係る法人でない者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 7 申請者が、前項の申請前 5 年以内に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 8 申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 9 申請者が、法人でない者で、その管理者が第 1 号から第 7 号までのいずれかに該当する者であるとき。





(誓約項目)

難病の患者に対する医療等に関する法律第 14 条第 2 項各号に該当しないことを誓約すること。

難病の患者に対する医療等に関する法律 (抜粋)

第 14 条第 2 項 都道府県知事は、前項の申請があった場合において、次の各号のいずれかに該当するときは、指定医療機関の指定をしてはならない。

- 1 申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 2 申請者が、この法律その他国民の保健医療に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。
- 3 申請者が、第 23 条の規定により指定医療機関の指定を取り消され、その取消の日から起算して 5 年を経過しない者（当該指定医療機関の指定を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法（平成 5 年法律第 88 号）第 15 条の規定による通知があった日前 60 日以内に当該法人の役員又はその医療機関の管理者（以下「役員等」という。）であった者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含み、当該指定医療機関の指定を取り消された者が法人でない場合においては、当該通知があった日前 60 日以内に当該者の管理者であった者で当該取消しの日から起算して 5 年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該取消しが、指定医療機関の指定の取消しのうち当該取消しの処分の理由となった事実その他の当該事実に関して当該指定医療機関の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文の規定による指定医療機関の指定の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。
- 4 申請者が、第 23 条の規定による指定医療機関の指定の取消しの処分に係る行政手続法第 15 条の規定による通知があった日（第 6 号において「通知日」という。）から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第 20 条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 5 申請者が、第 21 条第 1 項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第 23 条の規定による指定医療機関の指定の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から 10 日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第 20 条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出をした者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 6 第 4 号に規定する期間内に第 20 条の規定による指定医療機関の指定の辞退の申出があった場合において、申請者が、通知日前 60 日以内に当該申出に係る法人（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の役員等又は当該申出に係る法人でない者（当該辞退について相当の理由がある者を除く。）の管理者であった者で、当該申出の日から起算して 5 年を経過しないものであるとき。
- 7 申請者が、前項の申請前 5 年以内に特定医療に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。
- 8 申請者が、法人で、その役員等のうちに前各号のいずれかに該当する者のあるものであるとき。
- 9 申請者が、法人でない者で、その管理者が第 1 号から第 7 号までのいずれかに該当する者であるとき。



様式第 1 3 号 (第 1 1 条関係)

指定医療機関変更届出書  
(病院又は診療所)

保険医療機関	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 ー (電話番号: )
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	〒 ー
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙 1)
変 更 年 月 日			年 月 日

上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 2 6 年法律第 5 0 号）第 1 9 条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。

年 月 日

開 設 者  
住 所  
氏名又は名称

印

福 岡 県 知 事 殿

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。





様式第 1 4 号 (第 1 1 条関係)

指定医療機関変更届出書  
(薬局)

保険薬局	名称	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 ー (電話番号: )
	薬局コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所	<input type="checkbox"/>	〒 ー
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	(別紙 1)
変 更 年 月 日			年 月 日

上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 2 6 年法律第 5 0 号）第 1 9 条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。

年 月 日

開 設 者  
住 所  
氏名又は名称 印

福 岡 県 知 事 殿

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。



様式第 1 5 号 (第 1 1 条関係)

指定医療機関変更届出書  
(指定訪問看護事業者等)

指 定 訪 問 看 護 事 業 者 指 定 居 宅 サ ー ビ ス 事 業 者 指 定 介 護 予 防 サ ー ビ ス 事 業 者	名称	<input type="checkbox"/>		
	主たる事務所の所在地	<input type="checkbox"/>	〒 —	
	代 表 者	住所	<input type="checkbox"/>	
		氏名	<input type="checkbox"/>	
訪 問 看 護 ス テ ー シ ョ ン 等	名称	<input type="checkbox"/>		
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒 —  (電話番号： )	
役 員 の 氏 名 及 び 職 名	<input type="checkbox"/>	(別紙 1)		
訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号	<input type="checkbox"/>			
変 更 年 月 日	年 月 日			
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 2 6 年法律第 5 0 号）第 1 9 条の規定に基づき変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため届出を行う。</p> <p>年 月 日</p> <p>指定訪問看護事業者 指定居宅サービス事業者 指定介護予防サービス事業者 所在地 名 称 代表者 印</p> <p>福岡県知事 殿</p>				

※ 変更がある事項の□の中にレ印を付すること。



様式第 1 6 号 (第 1 2 条関係)

指定医療機関(休止・廃止・再開)届出書

医療機関等	名称	
	所在地	〒 ー  (電話番号: )
	医療機関等コード	
開設者等	住所	〒 ー
	氏名又は名称	
(休止・廃止・再開)年月日		年 月 日
届出の理由		
<p>上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成 2 6 年厚生労働省令第 1 2 1 号）第 4 3 条第 1 号の規定により、指定医療機関の（休止・廃止・再開）を届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 等 住 所 氏名又は名称 印</p> <p>福 岡 県 知 事 殿</p>		

※ 休止・廃止・再開のいずれかに○をすること。

様式第 1 7 号 (第 1 2 条関係)

## 指定医療機関処分届出書

医療機関等	名称	
	所在地	〒 ー  (電話番号: )
	医療機関等コード	
開設者等	住所	〒 ー
	氏名又は名称	
処分を受けた年月日		年 月 日
処分の種別		1. 医療法 (昭和 2 3 年法律第 2 0 5 号) 第 2 4 条 2. 医療法第 2 8 条 3. 医療法第 2 9 条 4. 健康保険法 (大正 1 1 年法律第 7 0 号) 第 9 5 条 5. 介護保険法 (平成 9 年法律第 1 2 3 号) 第 7 7 条第 1 項 6. 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律 (昭和 3 5 年法律第 1 4 5 号) 第 7 2 条第 4 項 7. 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 7 5 条第 1 項
<p>上記のとおり、処分を受けたので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則 (平成 2 6 年厚生労働省令第 1 2 1 号) 第 4 3 条第 2 号の規定により、届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">開 設 者 等 住 所 氏名又は名称 印</p> <p>福岡県知事 殿</p>		

※ 処分の種別がわかるように番号のいずれかに○をすること。





附 則

この規則は、平成二十七年一月一日から施行する。