

福岡県公報

平成二十九年二月十日
第三千八百六十六号
増刊
①

目次

規則 (第二号一第四号)

○福岡県卸売市場条例施行規則の一部を改正する規則 (園芸振興課) ……………一

○福岡県難病患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則 (健康増進課) ……………一

○福岡県特定非営利活動促進法施行条例施行規則の一部を改正する規則 (社会活動推進課) ……………一三

選挙管理委員会

○公職の候補者等が使用し得る演説会施設の指定に関する告示の一部改正 (市町村支援課) ……………一三

規則

福岡県卸売市場条例施行規則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成二十九年二月十日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第二号

福岡県卸売市場条例施行規則の一部を改正する規則

福岡県卸売市場条例施行規則(昭和四十七年福岡県規則第六十号)の一部を次のように改正する。

第十一条中「利害関係者」の下に「(以下「利害関係者」という。)」を加える。

第十六条第一項中「第十七条」を「第十七条ただし書」に改め、同項第四号口中「当該開設者が選定した買受人その他の利害関係者の意見の聴取又は当該地方卸売市場における市場取引委員会の審議を経て」を「当該地方卸売市場における利害関係者又は市場

取引委員会(条例第八条第一項の市場取引委員会をいう。以下同じ。)の意見を聴いた上で」に改め、同項に次の一号を加える。

六 卸売業者が、食品製造業者等との間においてあらかじめ締結した国内産の農林水産物の輸出に関する契約に基づき、当該食品製造業者等に対して卸売をする場合であつて、当該契約に基づく卸売が次に掲げる要件を満たしているとき。

イ 当該契約において卸売の対象となる生鮮食品等の品目、数量の上限、卸売の実施期間(一年未満のものに限る。)及び入荷量が著しく減少した場合の措置が定められていること。

ロ 卸売業者が、当該契約の契約書の写し及び当該地方卸売市場の開設者の定める事項を記載した申請書を当該開設者に提出して、当該契約に基づく卸売が当該地方卸売市場における取引の秩序を乱すおそれがない旨の当該開設者の承認を受けていること。

第十六条第二項中「前項第四号又は第五号」を「前項第四号口、第五号口又は第六号口」に改める。

第十七条第二号中「すべて」を「全て」に改め、同条第三号中「当該開設者が選定した買受人その他の利害関係者の意見の聴取又は当該地方卸売市場における市場取引委員会の審議を経て」を「当該地方卸売市場における利害関係者又は市場取引委員会の意見を聴いた上で」に改め、同条第四号中「すべて」を「全て」に改める。

附則

この規則は、公布の日から施行する。

福岡県難病患者に対する医療等に関する法律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。

平成二十八年二月十日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第三号

福岡県難病患者に対する医療等に関する法律施行細則の一部を改正する規則

福岡県難病患者に対する医療等に関する法律施行細則(平成二十六年福岡県規則第

五十七号)の一部を次のように改正する。

第二条中「(新規・変更)」を削る。

様式第一号の(表面)及び(裏面)を次のように改める。

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・更新・変更・転入) 該当するものに○(※1)			
受 診 者	フリガナ							性別	男・女	年齢		生年月日	明・大・昭・平
	氏名										歳	年 月 日	
	フリガナ							電話番号	— —				
	住所							被保険者氏名					
	加入医療保険	被保険者氏名							受診者との続柄				
	保険種別 (該当するものに○)	国保(一般・退職・組合)・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他()											
	被保険者証 発行機関名							被保険者証の 記号・番号					
	受給者番号 (新規の場合は 記載不要)						病名						
保 護 者 (受診者が18 歳未満の場合に記入)	フリガナ							生年月日	明・大・昭・平	受診者との関係			
	氏名								年 月 日				
	住所	〒 _____ □住所、電話番号は受診者と同じため省略(該当する場合は☑)						電話番号	— —				
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)		□人工呼吸器等装着(※2)		□高額かつ長期(※3)		□軽症高額該当(※4)		□重症患者認定(※5)					
今回申請する受診者と同じ世帯内にいる指定難病も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 (有無に○、有の場合難病・小児の別、氏名・受給者番号を記入)							有	難病(氏名 _____)					
							無	小児(受給者番号 _____)					
受診を希望する 指定医療 機関等 (※6)	該当するものに☑	□現在の受給者証に記載されている指定医療機関等に変更なし →以下の欄は記入不要です。											
		□指定医療機関等を新たに申請 →以下の欄に記入してください(欄が不足する場合は裏面に記入)。											
		指定医療機関等名称(薬局及び訪問看護事業者を含む)						所在地					
□裏面あり													
支給認定基準世帯員(※7)(受診者と同じ医療保険に加入する者[同居、別居は問わず]。受診者本人については記入不要。) →この欄に記入した方の個人番号(マイナンバー)等も別紙1「個人番号記載票」に記入してください。													
①世帯員 (フリガナ) 氏名			受診者との続柄			②世帯員 (フリガナ) 氏名			受診者との続柄				
③世帯員 (フリガナ) 氏名			受診者との続柄			④世帯員 (フリガナ) 氏名			受診者との続柄				
⑤世帯員 (フリガナ) 氏名			受診者との続柄			⑥世帯員 (フリガナ) 氏名			受診者との続柄				
臨床調査個人票の研究利用についての同意 私は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※8を参照)。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。										窓口確認欄			
申請者氏名 _____						印 (自署する場合は、押印を省略することができます)							
年 月 日 福岡県知事殿													

★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。また別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いします。

(裏面)

(注意事項)

- ※1 変更は、指定医療機関、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）、指定難病の名称の変更については本様式を使用し、それ以外の変更は様式第4号特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届に記入し届出すること。また変更が保護者や支給認定基準世帯員の変更以外の場合、別紙1「個人番号記載票」の提出は不要。
- ※2 人工呼吸器等装着とは、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ日常生活動作が著しく制限される者であり、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、一日中施行することが必要であって離脱の可能性がないことをいう。
- ※3 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（申請にあたっては医療費申告書及び領収書等医療費が確認できるものが別途必要）。
- ※4 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（申請にあたっては医療費申告書及び領収書等医療費が確認できるものが別途必要）。
- ※5 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載すること。この場合、別紙2（診断書）を添付すること（重症患者認定は経過措置期間が終了する平成29年12月31日をもって終了）。
- ※6 受診する、または受診予定の指定医療機関、薬局、訪問看護事業者を記載すること（申請日からその医療機関等を利用できます。記載していない指定医療機関等は医療費助成の対象になりません）。医療機関等は都道府県から難病の患者に対する医療等に関する法律の指定を受けた「指定医療機関」であること（指定の状況については、所在地の都道府県のホームページをご覧ください）。なお、受給者証に記載されている指定医療機関を削除したい場合、削除したい医療機関を記載して、朱書きで削除と記載すること（削除した指定医療機関は公費負担の対象から外れるため、削除は慎重に行うこと）。
- ※7 支給認定基準世帯員については以下のとおり

受診者が加入している医療保険		支給認定基準世帯員	
国民健康保険（国保一般、退職国保）		受診者と住民票上同一世帯で国保に加入している方全員	
国民健康保険組合（国保組合）		受診者と同じ国保組合に加入している方全員	
後期高齢者医療制度（後期高齢）		受診者と住民票上同一世帯で後期高齢に加入している方全員	
被用者保険〔全国健康保険協会（健保協会）、健康保険組合（健保組合）、共済組合（共済）、船員保険など〕	受診者が被保険者本人	患者本人のみ	
	受診者以外が被保険者	被保険者の市町村民税が課税の場合	→被保険者のみ
		被保険者の市町村民税が非課税の場合	→被保険者及び受診者

- ※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ことで、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、以下の説明を確認すること。

<同意について>
 厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用することとしています。
 また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。
 なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾病研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。

表面の欄が不足する場合のみ記入してください。

	指定医療機関等名称（薬局及び訪問看護事業者を含む）	所在地
受診を希望する指定医療機関等 （※6）		

様式第一号中別紙一を別紙二とし、同様式に別紙一として次のように加える。

様式第1号別紙1

特定医療費（指定難病）支給認定等 個人番号記載票（新規・更新・変更※1・転入共通）

平成28年1月1日に「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が施行されたことに伴い、受診者本人、保護者及び支給認定基準世帯員の個人番号（マイナンバー）を記入していただく必要があります。

1 受診者

受診者 氏名	個人番号（マイナンバー）※2										受給者番号 <small>（新規の場合は記入不要）</small>				

2 保護者

（「特定医療費(指定難病)支給認定申請書」の保護者欄に記入した方の個人番号を記入してください。）

保護者	個人番号（マイナンバー）※3									

3 支給認定基準世帯員

（「特定医療費(指定難病)支給認定申請書」の支給認定基準世帯員欄に記入した方について記入してください。）

支給認定基準世帯員	生年月日	個人番号（マイナンバー）※4												
①世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													
②世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													
③世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													
④世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													
⑤世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													
⑥世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													

代理人（受診者本人または保護者以外）が窓口に来られる場合は以下の「委任状」の記入が必要です。
※提出の代行のみの場合は不要です。また法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要です。

委 任 状

年 月 日

福岡県知事 殿

委任者（受診者または保護者）

住所

氏名 印

（自署する場合は、押印を省略することができます）

私は、次の者を代理人として、特定医療費（指定難病）の支給に係る申請・届出事務に関して個人番号（マイナンバー）の利用、提供等の取扱いを委任します。

代理人

住所

氏名

★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。

(裏面)

(注意事項)

- ※1 変更の場合、保護者や支給認定基準世帯員に変更があった場合のみ、この「個人番号記載票」の提出が必要です。
- ※2 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に替えることができる場合があります。
- ・申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の1(1)あるいは2(1)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。
 - ・更新申請を受診者本人が行う場合で、申請の添付書類に特定医療費受給者証と健康保険証が含まれている場合は以下1(2)②を満たすため、申請者の身元確認書類は改めて提示不要(申請者の個人番号の確認書類は必要)。

個人番号(マイナンバー)に係る必要書類

(□は窓口確認欄ですので、記入不要です。)

1 申請者が「受診者本人または保護者」の場合**(1)申請者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)**

次のいずれか1点を提示

申請者の

- 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

(2)申請者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認)

①か②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点

- 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり) ()

②以下の書類は2点以上

- 特定医療費受給者証 健康保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし) ()
(①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

2 申請者が「受診者本人または保護者」以外の場合(代理人)**(1)受診者または保護者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)**

次のいずれか1点を提示

受診者または保護者の

- 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

(2)代理人の身元確認

①か②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点

- 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり) ()

②以下の書類は2点以上

- 特定医療費受給者証 健康保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし) ()
(①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

(3)代理権の確認

次のいずれか1点を提示

- 法定代理人であることを証する書類(戸籍謄本などその他資格を証明する書類) 委任状(個人番号記載票の下部)

- ※3 申請者が保護者の場合、受診者の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。
- ※4 支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。

様式第三号中「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」の次に「(申請日の属する月以前の12か月間に、難病に関する月ごとの医療費総額(10割分)が33,330円を超える月が3か月以上ある場合は軽症高額該当による申請ができません。)」を加える。

様式第四号を次のように改める。

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	生年月日		
	氏名					明・大・昭・平		
	フリガナ		歳		年	月 日		
保 護 者 <small>（未成年の場合に記入）</small>	フリガナ		生年月日		受診者との関係	電話番号		
	氏名		明・大・昭・平					
	フリガナ		年 月 日					
	住所	〒	☐住所、電話番号は受診者と同じため省略（該当する場合は☑）			電話番号		
						- -		
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 type="checkbox"/> 被保険者証に関する事項（※1）	保険種別	国保（一般・退職・組合）・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他（ ）			国保（一般・退職・組合）・後期高齢・健保協会・健保組合・共済・生保・その他（ ）		
		保険者名						
		記号・番号						
		被保険者	受診者との続柄（ ）			受診者との続柄（ ）		
		支給認定基準世帯員（受診者と同じ保険に加入している者、受診者本人については記入不要）（※2）	①世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄（ ）	①世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄（ ）
			②世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄（ ）	②世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄（ ）
			③世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄（ ）	③世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄（ ）
④世帯員氏名	フリガナ		受診者との続柄（ ）	④世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄（ ）		
⑤世帯員氏名	フリガナ		受診者との続柄（ ）	⑤世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄（ ）		
⑥世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄（ ）	⑥世帯員氏名	フリガナ	受診者との続柄（ ）			
<input type="checkbox"/> 医療保険の適用区分（※3）	ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ			ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅳ・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ				
備考						窓口確認欄		
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								
年 月 日 福岡県知事 殿								
印（自署する場合は、押印を省略することができます）								

★以下の注意事項を参照の上、ご記入ください。また保護者や被保険者証に関する事項のうち支給認定基準世帯員に変更がある場合、別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いします。

（注意事項）

※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 支給認定基準世帯員については裏面記載の表を参照。

※3 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。

※4 指定医療機関、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）及び指定難病の名称の変更について様式第1号特定医療費（指定難病）支給認定申請書により申請すること。

(裏面)

支給認定基準世帯員については以下のとおり

受診者が加入している医療保険		支給認定基準世帯員
国民健康保険（国保一般、退職国保）		受診者と住民票上同一世帯で国保に加入している方全員
国民健康保険組合（国保組合）		受診者と同じ国保組合に加入している方全員
後期高齢者医療制度（後期高齢）		受診者と住民票上同一世帯で後期高齢に加入している方全員
被用者保険〔全国健康保険協会（健保協会）、健康保険組合（健保組合）、共済組合（共済）、船員保険など〕	受診者が被保険者本人	患者本人のみ
	受診者以外が被保険者	被保険者の市町村民税が課税の場合 → 被保険者のみ 被保険者の市町村民税が非課税の場合 → 被保険者及び受診者

様式第4号別紙1

特定医療費（指定難病）支給認定等 個人番号記載票

平成28年1月1日に「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が施行されたことに伴い、受診者本人、保護者及び支給認定基準世帯員の個人番号（マイナンバー）を記入していただく必要があります。

1 受診者

受診者 氏名	個人番号（マイナンバー）※2										受給者番号 <small>（新規の場合は記入不要）</small>			

2 保護者

（「特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届」の保護者欄に記入した方の個人番号を記入してください。）

保護者	個人番号（マイナンバー）※3									

3 支給認定基準世帯員

（「特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届」の支給認定基準世帯員欄に記入した方について記入してください。）

支給認定基準世帯員	生年月日	個人番号（マイナンバー）※4												
①世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													
②世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													
③世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													
④世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													
⑤世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													
⑥世帯員に記入した方	明・大・昭・平 年 月 日													

代理人（受診者本人または保護者以外）が窓口に来られる場合は以下の「委任状」の記入が必要です。
 ※提出の代行のみの場合は不要です。また法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要です。

委 任 状

年 月 日

福岡県知事 殿

委任者（受診者または保護者）

住所

氏名 印

（自署する場合は、押印を省略することができます）

私は、次の者を代理人として、特定医療費（指定難病）の支給に係る申請・届出事務に関して個人番号（マイナンバー）の利用、提供等の取扱いを委任します。

代理人

住所

氏名

★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。

(裏面)

(注意事項)

- ※1 変更の場合、保護者や支給認定基準世帯員に変更があった場合のみ、この「個人番号記載票」の提出が必要です。
- ※2 個人番号（マイナンバー）は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号（マイナンバー）に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号（マイナンバー）に係る必要書類」に替えることができる場合があります。
- ・申請の添付書類に個人番号（マイナンバー）が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の1(1)あるいは2(1)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要（住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください）。
 - ・更新申請を受診者本人が行う場合で、申請の添付書類に特定医療費受給者証と健康保険証が含まれている場合は以下1(2)②を満たすため、申請者の身元確認書類は改めて提示不要（申請者の個人番号の確認書類は必要）。

個人番号（マイナンバー）に係る必要書類

(□は窓口確認欄ですので、記入不要です。)

1 申請者が「受診者本人または保護者」の場合**(1)申請者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)**

次のいずれか1点を提示

申請者の

- 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

(2)申請者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認)

①か②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点

- 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり) ()

②以下の書類は2点以上

- 特定医療費受給者証 健康保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし) ()
(①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

2 申請者が「受診者本人または保護者」以外の場合(代理人)**(1)受診者または保護者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認)**

次のいずれか1点を提示

受診者または保護者の

- 個人番号カード(裏面) 通知カード 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書

(2)代理人の身元確認

①か②のいずれかを提示

①以下の顔写真付の書類はいずれか1点

- 個人番号カード 運転免許証 運転経歴証明書 旅券 精神障害者保健福祉手帳
 身体障害者手帳 療育手帳 在留カード 特別永住者証明書
 官公署等が発行する証明書(写真あり) ()

②以下の書類は2点以上

- 特定医療費受給者証 健康保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書
 官公署等が発行する証明書(写真なし) ()
(①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) 個人番号が記載されていない住民票の写し

(3)代理権の確認

次のいずれか1点を提示

- 法定代理人であることを証する書類(戸籍謄本などその他資格を証明する書類) 委任状(個人番号記載票の下部)

※3 申請者が保護者の場合、受診者の個人番号（マイナンバー）は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。

※4 支給認定基準世帯員の個人番号（マイナンバー）は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。

様式第五号中「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。」を削る。

附則

この規則は、公布の日から施行する。

福岡県特定非営利活動促進法施行条例施行規則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成二十九年二月十日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第四号

福岡県特定非営利活動促進法施行条例施行規則の一部を改正する規則

福岡県特定非営利活動促進法施行条例施行規則（平成十年福岡県規則第四十九号）の一部を次のように改正する。

第三条の見出しを「（公衆の縦覧等）」に改め、同条中「第二条第四項の」の下に「公告又はインターネットによる公表については原則としてインターネットの利用により公表することとし、」を加える。

第七条第三項中「仮認定特定非営利活動法人」を「特例認定特定非営利活動法人」に改める。

第十二条第一項中「三事業年度」を「五事業年度」に改める。

第二十四条の見出し中「提出書等」を「提出書」に改め、同条第一項中「助成金の支給の場合には」及び「、海外への送金又は金銭の持出しの場合には様式第二十三号による提出書を」を削る。

第二十五条の見出し中「仮認定」を「特例認定」に改め、同条中「様式第二十四号」を「様式第二十三号」に改める。

第二十六条中「様式第二十五号」を「様式第二十四号」に改める。

第二十八条第一項中「から第四項まで」を「及び第三項」に改める。

第二十九条第一項中「、第五十四条第二項から第四項まで」を「並びに法第五十四条

第二項及び第三項」に改める。

第三十条第一項中「第五十四条第五項」を「第五十四条第四項」に改める。

様式第五号備考④①中「仮認定特定非営利活動法人」や「特例認定特定非営利活動法人」及び「仮認定の」や「特例認定の」並びに「同様式備考⑤②中「仮認定」や「特例認定」に改め、同様式備考④③中「から第4号まで」や「及び第3号」並びに「同様式備考④③④中（その金額が200万円以下の場合に限る。）」を削る、同様式備考④④中「及び第4項」を削る、「以下の書類」や「助成金の支給の実績を記載した書類」に改め、イ及びロを削る。

様式第十七号中「仮認定」を「特例認定」に改める。

様式第十九号及び様式第二十号中「仮認定特定非営利活動法人」や「特例認定特定非営利活動法人」並びに「（仮認定）」や「（特例認定）」並びに「（その金額が二百万円以下の場合に限る。）」を削る。

様式第二十一号中「仮認定特定非営利活動法人」や「特例認定特定非営利活動法人」並びに「（仮認定）」や「（特例認定）」並びに「（その金額が二百万円以下の場合に限る。）」を削る。

様式第二十二号中「仮認定特定非営利活動法人」や「特例認定特定非営利活動法人」並びに「（仮認定）」や「（特例認定）」に改める。

様式第二十三号を削る。

様式第二十四号中「仮認定特定非営利活動法人」や「特例認定特定非営利活動法人」に「仮認定」や「特例認定」を「仮認定の」や「特例認定の」並びに「仮認定した」や「特例認定した」並びに「仮認定申請書次葉」や「特例認定申請書次葉」並びに「同様式注意事項中「仮認定申請書」や「特例認定申請書」並びに「仮認定を」や「特例認定を」に改め、同様式を様式第二十三号とする。

様式第二十五号中「仮認定」を「特例認定」に改め、同様式注意事項中「仮認定特定非営利活動法人」や「特例認定特定非営利活動法人」に改め、同様式を様式第二十四号とする。

この規則は、平成二十九年四月一日から施行する。

附則

この規則は、平成二十九年四月一日から施行する。

福岡県選挙管理委員会告示第二十五号

選挙管理委員会

公職の候補者等が使用し得る演説会施設の指定（昭和五十三年一月福岡県選挙管理委

員会告示第二号)の一部を次のように改正する。

平成二十九年二月十日

福岡県選挙管理委員会委員長 藤井克己

指定した施設の表北九州市小倉北区の項中

北九州国際会議場	〃	〃	浅野三丁目九番三〇号
----------	---	---	------------

を

北九州国際会議場	〃	〃	浅野三丁目九番三〇号
北九州市立商工貿易会館	〃	〃	古船場町一番三五号

に、

指定した施設の表北九州市八幡西区の項中

北九州市立八幡西生涯学習総合センター	〃	〃	黒崎三丁目一五番三号
--------------------	---	---	------------

を

北九州市立八幡西生涯学習総合センター	〃	〃	黒崎三丁目一五番三号
北九州市立香月市民センター香月西部市民サブセンター	〃	〃	高江三丁目六番二〇号

に改

める。