

# 福岡県公報

平成三十年一月十六日  
第三千九百五十八号  
増刊  
①

## 目次

### 再掲

○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の一部を改正する規則

(がん感染症疾病対策課) …………… 一

### 再掲

福岡県告示式条例(昭和二十五年福岡県条例第四十六号)第三条において準用する同条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。

平成二十九年十二月二十八日

福岡県知事 小川 洋

### 福岡県規則第六十号

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の一部を改正する規則

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(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。

様式第一号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											
	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							
8 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											
	フリガナ			□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）				
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・無		難病（氏名）		小児（受給者番号）				
受 診 を 希 望 す る 指 定 医 療 機 関 等 (※5)	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（※6）（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※7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）、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 受診する、又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か、受付窓口、医療機関等にお問い合わせください）。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）。
- ※6 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

- ※7 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ごとで、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 （※5）		

様式第一号別紙一を次のように改める。

## 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※<sub>1</sub>・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氏名	性別	生年月日	個人番号（マイナンバー）※4												
①	男・女	明・大・昭・平 年 月 日													
②	男・女	明・大・昭・平 年 月 日													
③	男・女	明・大・昭・平 年 月 日													
④	男・女	明・大・昭・平 年 月 日													
⑤	男・女	明・大・昭・平 年 月 日													
⑥	男・女	明・大・昭・平 年 月 日													

代理人（受診者本人又は保護者以外）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（受診者又は保護者）			
住所			
氏名			
印			
<small>（自署する場合は、押印を省略することができます）</small>			
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「受診者本人又は保護者」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「受診者本人又は保護者」以外の場合(代理人)****(1) 受診者又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

受診者又は保護者の

- 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、お間違えないようご注意ください。

様式第一号別紙二及び別添一を削る。  
様式第二号を次のように改める。

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			
	高額かつ長期			
	軽症者特例			
	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	平成	年	月	日
	平成	年	月	日
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、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になります。
- 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。
- 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下さい。
- 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（保健所）にその旨を届け出て下さい。
- 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、必ず有効期間内に最寄りの保健所で所定の手続きを行って下さい。
- 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がん感染症疾病対策課難病対策係（TEL 092-643-3267）又は最寄りの保健所に連絡して下さい。

#### 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。

様式第三号を次のように改める。

様式第3号（第3条関係）

第 年 月 日  
第 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26年法律第50号）第6条第1項（又は法律第10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. 指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため  
【指定難病名：】

（1）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（申請日の属する月以前の12か月の間に、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す。）

（2）軽症高額該当の要件を満たしていないため

3. 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

（不服申立てについて）

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（訴訟において福岡県を代表する者は福岡県知事となります。）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3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決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、その審査請求に対する判決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、その審査請求に対する判決の日から起算して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。）。

（障害福祉サービス等について）

上記理由の「2.指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」に該当している方は、以下のとおりとなります。

1. 本通知は「2.指定難病にかかっているものの、以下の理由に該当するため」に記載されている指定難病（難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が指定した指定難病）にかかっていることを証明するものです。
2. 本通知は障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に基づく障害福祉サービス等の利用申請を行う際に、記載されている指定難病にかかっていることの証明になります。

様式第四号(表面)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		
	氏 名		明・大・昭・平				
	フリガナ		年 月 日		電話番号	- -	
	住所	〒			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) 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	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 ( )		
		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 _____ 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							

★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)及び指定難病の名称の変更については、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。

様式第四号別紙一を次のように改める。



(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「受診者本人又は保護者」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「受診者本人又は保護者」以外の場合(代理人)****(1) 受診者又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

**受診者又は保護者の**

- 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。



附則

この規則は、平成三十年一月一日から施行する。