

福岡県公報

令和六年十月二十五日
第五百四十二号
増刊
①

目次

規則 (第四十五号・第四十六号)

○福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

(がん感染症疾病対策課) ……………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の一部を改正する規則

(がん感染症疾病対策課) ……………一六

告示 (第六百七十三号)

○県が管理する港湾施設の概要の一部改正を訂正する告示 (港湾課) ……………二九

規則

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。

令和六年十月二十五日

福岡県知事 服部 誠太郎

福岡県規則第四十五号

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。

第十七条の十三の次に次の四条を加える。

(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、又は失ったときは、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。

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(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				年齢	歳	生年月日		
	氏名						年 月 日		
	個人番号								
	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	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								
	フリガナ				住所(※2)	(〒 —)	電話番号(※2)		
住所(※2)									
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・無	小児慢性特定疾病 ・ 指定難病	(氏名 :) (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年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(裏面)

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)

自己負担額階層区分

氏名	個人番号	受診者との続柄	難病又は小児慢性特定疾病の該当者(※)	備考

※ 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。

★医療意見書の研究等への利用について同意される方は、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。

様式第一号別紙二の次に次の別添を加える。

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。

○データベースに登録される情報と個人情報保護

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。

<https://www.shouman.jp/disease/download>

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。

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。

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。

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。

○データベースに登録された情報の活用方法

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

- 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
- 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
- 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。

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。

○同意の撤回

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。

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ご了承ください。

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。

様式第二号を次のように改める。

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(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。

様式第三号の二中「・サマホク_イ」を削る。
様式第十七号の次に次の五様式を加える。

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	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)	(〒 —)				
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。

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。

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]

--

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	(〒 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)					
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 style="text-align: center;">届出者氏名 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">福岡県知事 殿</p>						

※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。

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。

附則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、なお所要の修正をして使用することができる。

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。

令和六年十月二十五日

福岡県知事 服部 誠太郎

福岡県規則第四十六号

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。

第十五条を第十九条とし、第十四条の次に次の四条を加える。

(指定難病要支援者証明の申請)

第十五条 法第二十八条第二項に規定する指定難病要支援者証明事業に係る証明を受けようとする者は、指定難病要支援者証明書(登録者証) 交付申請書(様式第十九号)

を知事に提出しなければならない。

(登録者証の交付等)

第十六条 知事は、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指定難病要支援者証明書(登録者証)(様式第二十号)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(様式第二十一号)を申請者に送付しなければならない。

(氏名の変更の届出)

第十七条 前条の規定により指定難病要支援者証明書(登録者証)の交付を受けた者は、その氏名に変更があったときは、指定難病要支援者証明書(登録者証)記載事項変

更届(様式第二十二号)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)

第十八条 指定難病要支援者証明書(登録者証)の交付を受けた者は、当該証明書を破り、汚し、又は失ったときは、指定難病要支援者証明書(登録者証)再交付申請書(様式第二十三号)により、知事にその再交付を申請することができる。

様式第一号の(表面)中

「臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、裏面に署名をお願いします。

「臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票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。

改め、同様式の(裏面)中

「臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。」

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

受診者氏名 _____

申請者氏名 _____

年 月 日 厚生労働大臣 殿

(患者が未成年又は成年後見人等の理由により、受診者に代わって申請者が同意する場合は記入してください)

削り、同様式の別添を次のように改める。

を

に

を

様式第1号別添

指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への
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、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、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、指定難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 》

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援の実施のため、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を実施しています。

この申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成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、指定難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、臨床調査個人票の情報が、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、指定難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、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

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の可否に影響を及ぼしません。

《 データベースに登録される情報と個人情報保護 》

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。臨床調査個人票については、以下のURLをご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

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。

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。

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。

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。

《 データベースに登録された情報の活用方法 》

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

- ①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査
- ②大学等の研究機関が、難病患者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
- ③民間事業者等が、難病患者の医療・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。

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。

《 同意の撤回 》

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。

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ご了承ください。

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。

様式第十八号の次に次の五様式を加える。

様式第19号(第15条関係)

指定難病要支援者証明書(登録者証)交付申請書						
要 支 援 者	フリガナ			年 齢	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	氏 名					
要 支 援 者	フリガナ				電 話 番 号	— —
	住 所	〒				
歳 未 満 の 場 合 に 記 入)	フリガナ			生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日	要 支 援 者 と の 関 係
	氏 名					
	住 所	<input type="checkbox"/> 住所、電話番号は要支援者と同じのため省略(該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) 〒			電 話 番 号	— —
書面交付の希望		証明書の書面交付を希望する <input type="checkbox"/>				
私は、上記のとおり、指定難病要支援者証明書(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						窓 口 確 認 欄

- ★別紙1「個人番号記載票」もご記入をお願いします。
- ★指定難病要支援者証明書(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する場合は、「証明書の書面交付を希望する：」にレ点を入れてください。
- ★臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「指定難病要支援者証明書(登録者証)の申請における臨床調査個人票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。

様式第19号別紙1

指定難病要支援者証明書(登録者証)交付申請 個人番号記載票

令和4年12月16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」が改正されたことに伴い、要支援者本人の個人番号(マイナンバー)を記入していただく必要があります。

要支援者 氏名	個人番号(マイナンバー)※1												受給者番号(特定医療費(指定難病)の受給者でない場合は記入不要)			

代理人(要支援者本人以外)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(要支援者)
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、指定難病要支援者証明書(登録者証)の交付に係る申請・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 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)。

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「要支援者本人」の場合

(1)要支援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

要支援者の

- 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)要支援者の身元確認(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「要支援者本人」以外の場合(代理人)

(1)要支援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

要支援者の

- 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)

様式第19号別添

指定難病要支援者証明書（登録者証）の申請における臨床調査個人票
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、指定難病の登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、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、指定難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 》

指定難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、申請に基づき登録者証の発行をしています。

この申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、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、指定難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、臨床調査個人票の情報が、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、指定難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、「臨床調査個人票」とともに、申請先の都道府県又は指定都市へ提出ください。

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登録者証発行の可否に影響を及ぼしません。

《 データベースに登録される情報と個人情報保護 》

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。臨床調査個人票については、以下のURLをご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

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。

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。

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。

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。

《 データベースに登録された情報の活用方法 》

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

- ①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査
- ②大学等の研究機関が、難病患者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
- ③民間事業者等が、難病患者の医療・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。

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。

《 同意の撤回 》

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。

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ご了承ください。

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。

様式第20号(第16条関係)

指 定 難 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 開 始 年 月 日
	交 付 年 月 日
発 行 機 関 名 及 び 印	福 岡 県 知 事

注意事項

- 1 この証は、指定難病患者であることを証明する書類として利用できます。
- 2 死亡等でこの証の利用資格がなくなったときは、この証を速やかに福岡県知事(保健所)に返還してください。
- 3 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)にその旨を連絡してください。
- 4 その他この証に関する問い合わせは、福岡県 部 課
(TEL)又は最寄りの保健所に連絡してください。

様式第21号(第16条関係)

第 年 月 日

不交付通知書

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28条第2項に規定する指定難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、次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。

理由

様式第22号(第17条関係)

指定難病要支援者証明書(登録者証)記載事項変更届					
要 支 援 者	フリガナ			年齢 歳	生年月日
	氏名				明・大・昭・平・令
	フリガナ			電話番号	年 月 日
	住所	〒			— —
保 護 者 (要 支 援 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合 に 記 入)	フリガナ			要支援者 との関係	生年月日
	氏名				明・大・昭・平・令
	フリガナ			電話番号	年 月 日
	住所	□住所、電話番号は要支援者と同じのため省略 (該当する場合は□)			— —
受給者番号 (特定医療費(指定難病)の受給者でない場合は記載不要)					
変更年月日		年 月 日			
変 更 事 項 (氏 名)	変 更 前		変 更 後		
備 考					窓口確認欄
私は、指定難病要支援者証明書(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。					窓 口 確 認 欄
届出者氏名					
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。
(注意事項)
※1 住民票の写し等を添付すること。

様式第23号(第18条関係)

指定難病要支援者証明書(登録者証)再交付申請書

要 支 援 者	フリガナ		生年月日
	氏名		明・大・昭・平・令 年 月 日
	フリガナ		
	住所		
保 護 者 (要支援者が18歳未 満の場合記入)	フリガナ		要支援者との関係
	氏名		
	フリガナ		
	住所		
受給者番号 (特定医療費(指定難 病)の受給者でない 場合は記載不要)			
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)		
私は、上記のとおり、指定難病要支援者証明書(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。

附則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙は、当分の間、なお所要の修正をして使用することができる。

告示

福岡県告示第六百七十三号

県が管理する港湾施設の概要の一部改正（平成二十三年十月福岡県告示第十七百二号）に誤りがあったので、次のとおり訂正する。

令和六年十月二十五日

福岡県知事 服部 誠太郎

三池港(4)臨港交通施設の表道路の項中

内港北1号線	大牟田市新港町6番地の37	155	2,275
	大牟田市西港町一丁目22番の9		

を

内港北1号線	大牟田市新港町6番地の37	155	2,275
	大牟田市西港町一丁目22番の9		
	大牟田市新港町1-199地先		
三池港南北線	大牟田市新港町1-248地先	223 ～560	1,520

に改める。