

福岡県児童福祉法施行細則(昭和28年福岡県規則第59号)新旧対照表

改正案	現行																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
<p style="text-align: center;">様式第1号(表面)(第17条関係)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">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)</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td></td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">年齢</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">歳</td> <td colspan="5">生年月日</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td colspan="5">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">住所</td> <td colspan="3">(〒 —)</td> <td>電話番号</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">加入医療保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">受診者との続柄</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>保険種別</td> <td>協会・共済・健組・国組・市町村国保・生保・その他</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">記号・番号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>被保険者名 (保険者番号)</td> <td colspan="8">()</td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">申請者(保護者)</td> <td>フリガナ</td> <td></td> <td colspan="2" rowspan="5" style="text-align: center;">受診者との関係</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td colspan="2" rowspan="2" style="text-align: center;">住所</td> <td colspan="3">(〒 —)</td> <td>電話番号(※2)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">自己負担上限の特例(該当するものに☑)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着(※3)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 重症患者認定(※4)</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※5)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td style="text-align: center;">有・無</td> <td style="text-align: center;">小児慢性特定疾病・指定難病</td> <td colspan="6">(氏名：) (受給者番号：)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">疾病名</td> <td colspan="3">医療機関名</td> <td colspan="5">所在地・電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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。)</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">受給者番号(※6)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td colspan="7">【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 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="10">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</td> </tr> </table> <p>※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。</p> <p>様式第1号(裏面) 略 別紙1及び別紙2 略 様式第1号別添 略</p>	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				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	記号・番号							被保険者名 (保険者番号)	()								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		(〒 —)			電話番号(※2)		住所							自己負担上限の特例(該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着(※3)		<input type="checkbox"/> 重症患者認定(※4)		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※5)				今回申請する受診者と同じ世帯内に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		医療機関名			所在地・電話番号					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。)										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										<p style="text-align: center;">様式第1号(表面)(第17条関係)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="10" style="text-align: center;">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)</td> </tr> <tr> <td rowspan="6" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者</td> <td>フリガナ</td> <td></td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">年齢</td> <td rowspan="3" style="text-align: center;">歳</td> <td colspan="5">生年月日</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td colspan="5">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td rowspan="2" style="text-align: center;">住所</td> <td colspan="3">(〒 —)</td> <td>電話番号</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">加入医療保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">受診者との続柄</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>保険種別</td> <td>協会・共済・健組・国組・市町村国保・生保・その他</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">記号・番号</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>被保険者証発行機関名</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">申請者(保護者)</td> <td>フリガナ</td> <td></td> <td colspan="2" rowspan="5" style="text-align: center;">受診者との関係</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>個人番号</td> <td></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> <td colspan="2" rowspan="2" style="text-align: center;">住所</td> <td colspan="3">(〒 —)</td> <td>電話番号(※2)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td></td> <td colspan="3"></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">自己負担上限の特例(該当するものに☑)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着(※3)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 重症患者認定(※4)</td> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※5)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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</td> <td style="text-align: center;">有・無</td> <td style="text-align: center;">小児慢性特定疾病・指定難病</td> <td colspan="6">(氏名：) (受給者番号：)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">疾病名</td> <td colspan="3">医療機関名</td> <td colspan="5">所在地・電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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。)</td> <td colspan="3"></td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">受給者番号(※6)</td> <td colspan="8"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">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)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td colspan="7">【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 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="10">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</td> </tr> </table> <p>※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。</p> <p>様式第1号(裏面) 略 別紙1及び別紙2 略 様式第1号別添 略</p>	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				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	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		(〒 —)			電話番号(※2)		住所							自己負担上限の特例(該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着(※3)		<input type="checkbox"/> 重症患者認定(※4)		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※5)				今回申請する受診者と同じ世帯内に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		医療機関名			所在地・電話番号					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。)										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									
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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	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	記号・番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
被保険者名 (保険者番号)		()																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
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		(〒 —)			電話番号(※2)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	住所																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
自己負担上限の特例(該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着(※3)		<input type="checkbox"/> 重症患者認定(※4)		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※5)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
今回申請する受診者と同じ世帯内に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		医療機関名			所在地・電話番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
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。)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
	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	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		(〒 —)			電話番号(※2)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	住所																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
自己負担上限の特例(該当するものに☑)		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着(※3)		<input type="checkbox"/> 重症患者認定(※4)		<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(※5)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
今回申請する受診者と同じ世帯内に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		医療機関名			所在地・電話番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
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。)																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

改正案

現行

様式第2号(第17条の2関係)

小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 受 給 者 証					
公費負担者番号					
受給者番号					
受 診 者	住 所				
	氏 名 生 年 月 日				
	保 険 者				
	記号及び番号	適用 区分			
病 名					
保 護 者	住 所				
	氏 名	続柄			
負 担	自己負担上限額	階層 区分			
	人工呼吸器等装着				
	高額かつ長期				
	重症患者認定				
	受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は 小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者				
有効期間					
発行機関名 及び印		福 岡 県 知 事			
交付年月日					

様式第2号(第17条の2関係)

小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 受 給 者 証					
公費負担者番号					
受給者番号					
受 診 者	住 所				
	氏 名 生 年 月 日				
	保 険 者				
	被保険者証の 記号及び番号	適用 区分			
病 名					
保 護 者	住 所				
	氏 名	続柄			
負 担	自己負担上限額	階層 区分			
	人工呼吸器等装着				
	高額かつ長期				
	重症患者認定				
	受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は 小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者				
有効期間					
発行機関名 及び印		福 岡 県 知 事			
交付年月日					

改正案

現行

様式第2号(裏面)

指定医療機関名	病院・診療所		所在地
	薬局		所在地
	訪問看事業者等		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、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きを行ってください。
- 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 ー ー)又は最寄りの保健福祉(環境)事務所に連絡してください。

指定医療機関に対するお願い

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

様式第2号(裏面)

指定医療機関名	病院・診療所		所在地
	薬局		所在地
	訪問看事業者等		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きを行ってください。
- 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 ー ー)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。

改正案

現行

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		生年月日
	氏名		年 月 日
	個人番号		
	フリガナ		
	住所	(〒 —)	
申請者(保護者)	フリガナ		続柄
	氏名		
	個人番号		
	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)		
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名 ・受診者と同一の加入者) (※2)		
備考			
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。			
届出者氏名 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の資格情報が確認できる資料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・転入・更新)」(様式第1号)により申請すること。

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		生年月日
	氏名		年 月 日
	個人番号		
	フリガナ		
	住所	(〒 —)	
申請者(保護者)	フリガナ		続柄
	氏名		
	個人番号		
	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			
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。			
届出者氏名 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・転入・更新)」(様式第1号)により申請すること。