

福岡県公報

平成三十年七月三日
第四千五百号
増刊 ①

目次

規則 (第三十号―第三十二号)

○福岡県母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則の一部を改正する規則

則 (児童家庭課) ……………一

○公有地の拡大の推進に関する法律施行令第四条ただし書の規模を定める規則の一部を改正する規則

(用地課) ……………六

○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) ……………六

選挙管理委員会

○公職選挙法及び同法施行令等の規定による選挙運動及び政党その他の政治団体の政治活動に関する規程の一部を改正する告示

(市町村支援課) ……………一七

規則

福岡県母子及び父子並びに寡婦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。

平成三十年七月三日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第三十号

福岡県母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則の一部を改正する規則

福岡県母子及び父子並びに寡婦福祉法施行細則 (昭和五十七年福岡県規則第三十号)

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。

申請書記入上の注意事項

この申請書に記入される際には下記の点にご注意ください。

- (1) 貸付けを申請する人の氏名及び住所を記入します。氏名は正しい読み方をカタカナで記入ください。なお、職歴支度資金、修学資金、修業資金及び就学支度資金の申請の場合は、児童が申請者となることができます。
- (2) 貸付けを申請する人が個人である場合のみ、12桁の個人番号を記入します。
- (3) 資金名、申請額及び期間を記入します。母子父子寡婦福祉資金には用途の異なる13種類の貸付金があり、貸付額、貸付期間もまちまちです。わからないことは保健福祉(環境)事務所、福祉事務所又は町村役場のひとり親福祉担当係でおたずねください。
- (4) 生活保護の受給状況について該当する□にシ点を付けます。
- (5) 同居の家族全員を記入します。続柄の欄は申請者からみた続柄となります。年間就労収入の欄は平均月収を12倍した額を記入します。なお、連帯借受人については、同居していても記入してください。
- (6) 償還しやすい方法を選び、□にシ点を付けます。
- (7) 償還回数、年数は資金ごとにこなっています。それにじた償還金額についてもわからないことは、保健福祉(環境)事務所、福祉事務所又は町村役場のひとり親福祉担当係でおたずねください。
- (8) その他の収入について年額を記入します。合計の欄は、同居家族の収入にその他の収入を加えた額を記入します。
- (9) 就職支度資金、修学資金、修業資金及び就学支度資金の申請において、母又は父が申請者となった場合に子の氏名及び住所を記入します。
- (10) 技能習得資金、修学資金、修業資金及び就学支度資金の申請において、対象となる学校について記入します。
- (11) 母子、父子又は寡婦となった時期を記入します。
- (12) 母子、父子又は寡婦となった理由について該当する□にシ点を付けます。
- (13) 連帯保証人は原則として県内に居住する親族1人又はお人を必要とします。保証能力、年令等に制限がありまので、わからないことは保健福祉(環境)事務所、福祉事務所又は町村役場のひとり親福祉担当係でおたずねください。
- (14) 貸付申請の理由を、具体的に詳しく記入します。
- (15) 世帯その他の借入金の有無について該当する□にシ点を付けます。負債がある場合、その総額を正しく記入したうえで、その内訳を記入します。記入欄が不足する場合は別紙に記入し、添付してください。
- (16) 土地、建物等の資産状況について記入します。
- (17) 償還にあてる財源及びその計画等について具体的に詳しく記入します。
- (18) 貸付口座を記入します。コードについてはわかる範囲内で記入してください。
- (19) 申請者、連帯借受人及び連帯保証人がそれぞれ直筆で署名、押印します。

資金別添付書類調査点検表

母子父子寡婦福祉資金には用途の異なる13種類の資金があります。資金ごとに必要とする添付書類は下記のとおりです。その他にも必要とする書類の提出をお願いする場合がありますので、ご了承ください。添付書類に不備がある場合、貸付決定ができないことでもありますのでご注意ください。

- ・・・申請時に必要な書類
- ◎・・・貸付決定後に必要な書類
- △・・・借り受け目的別に必要な書類

添付書類	資金名	事業開始	事業継続	住宅	就職支度	技能習得	生活	転宅	修学	就学支度	修業	医療介護	結婚	特別児童
戸籍簿	本	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
住民票	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
借受人所得証明	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
連帯保証人所得証明	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
事業開始計画書等	○													
事業継続計画書等	○													
住宅工事計画書等			○											
登記簿謄本の写し	○	○	○											
借家等の賃貸借契約書	○	○	○					○						
就職・採用証明書				○										
入学・在学・修業証明書					○			△	○	○	○			
医療を受ける期間を証する書類								△						
離職の日を証する書類								△						
弁護士への委任状等									○	○	○			
他資金の借受けの正しい申立書									○	○	○			
医療費計算書等												△		
保険給付に係る給付通等												△		
結婚証明書													○	
児童扶養手当証明書等														○
口座証明書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
残高証明書	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
借入用書	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
借受人印鑑証明書(20才以上の場合)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
連帯保証人印鑑証明書(20才以上の場合)	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎	◎
法定代理人の同意書(借付書裏面)				◎					◎	◎	◎	◎	◎	◎

※法定代理人の同意書は借受人が児童又は父母のない児童の場合のみ必要です。

様式第二十五号を次のように改める。

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書式による用紙は、当分の間、なお所要の修正をして使用することができる。

公有地の拡大の推進に関する法律施行令第四条ただし書の規模を定める規則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成三十年七月三日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第三十一号

公有地の拡大の推進に関する法律施行令第四条ただし書の規模を定める規則の一部を改正する規則

公有地の拡大の推進に関する法律施行令第四条ただし書の規模を定める規則(平成六年福岡県規則第七十号)の一部を次のように改正する。

本則中「、那珂川町」を削る。

附則

この規則は、平成三十年十月一日から施行する。

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。

平成三十年七月三日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第三十二号

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。

様式第一号から様式第三号の二までを次のように改める。

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・転入・更新） (※1)										
受診者	フリガナ				性別		男・女	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								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		(氏名:) 有 (受給者番号:) ・ 無 小児慢性特定疾病 ・ 指定難病			成長ホルモン治療の有無(該当する場合は☑) <input type="checkbox"/>					
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・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)および別紙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、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 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)

<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がん感染症疾病対策課難病対策係(Tel:092-643-3267)
・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	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。

自己負担額 階層区分	
---------------	--

別紙1 (表面)

小児慢性特定疾病医療意見書別紙

(重症診断書、人工呼吸器等装着証明書、療育指導連絡票)

○重症診断書、人工呼吸器装着証明書、療育指導連絡票 共通記入事項

受給者番号		(新規申請の場合は記入不要)
患者	ふりがな	男
	氏名	女
疾病名	年 月 日生 (満 歳)	

○重症診断書

小児慢性特定疾病に起因して、下記の基準①又は基準②のいずれかに該当する場合のみ、「該当欄」に○を記入ください。

<基準①> 下記に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね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	該当欄
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの	視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの
聴器	聴覚機能に著しい障害を有するもの	両耳の聴カレレベルが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	一上肢の上腕の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	—
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、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しく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若しく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、この表の他の項（眼の項及び聴器の項を除く。）の症状の状態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> 基準①に該当しない場合であって、各疾患群に関して以下の治療状況等の状態にあると認められる場合		
疾患群	治療状況等の状態	該当欄
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	知能指数が20以下であるもの又は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・知能指数が20以下であるもの又は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	
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	この表の他の治療状況等の状態に該当するもの	
皮膚疾患	発達・知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
脈管系疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの	
上記のとおり診断します。		
年 月 日		
医療機関名		
医師氏名		印
(自書又は記名押印)		

別紙1 (裏面)

○人工呼吸器等装着証明書

人工呼吸器、体外式補助人工心臓等の使用の必要性が、表面に記入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。

注1) 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。

注2) 気管内挿管チューブを介した人工呼吸の場合、人工呼吸器の種類は1に○をつけること。

① 人工呼吸器の使用について	
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

② 体外式補助人工心臓等の使用について	
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

③ 生活状況等の評価について	
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

上記のとおり診断します。
 年 月 日
 医療機関名
 医師氏名 印
 (自書又は記名押印)

○療育指導連絡票

療養・療育	療養上の問題点等
	県(保健福祉環境事務所等)で行って欲しい指導等(例：家庭看護・子育て・精神的支援・福祉制度の紹介等)

上記のとおり連絡します。
 年 月 日
 医療機関名
 医師氏名 印
 (自書又は記名押印)

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
			染色体又は遺伝子 に変化を伴う症候群
			皮膚疾患
骨系統疾患			
脈管系疾患			
証明書類(※)	1. 小児慢性特定疾病医療意見書別紙 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 (自署又は記名押印) 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○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>

すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する(小児慢性特定疾病に起因するものに限る)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(視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの)
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又は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以上で欠くもの又は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
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、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は臥位若しく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若しく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、この表の他の項(眼の項及び聴器の項を除く。)の症状の状態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又は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治療状況等の状態にあると認められる場合

疾患群	治療状況等の状態
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	知能指数が20以下であるもの又は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・知能指数が20以下であるもの又は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
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	この表の他の治療状況等の状態に該当するもの
皮膚疾患	発達・知能指数が20以下であるもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
骨系統疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの
脈管系疾患	気管切開管理若しくは挿管を行っているもの又は1歳以上の児童において寝たきりのもの

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			
成長ホルモン 治療の有無		※「該当」がない場合には、成長ホルモン治療 は医療費助成の対象外です。	
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	
	訪問看護事業者等		所在地	

※薬局については、小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下さい。
- 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、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）に返還して下さい。
- 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。
- 8 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難病対策係（TEL 092-643-3267）又は最寄りの保健福祉（環境）事務所に連絡して下さい。

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（この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に福岡県を被告として（代表者は福岡県知事となります。）この処分の取消しの訴えを提起することもできます（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。）。

なお、処分の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます（その審査請求に対する裁決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
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・ホルモン治療)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(この処分の日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に福岡県を被告として(代表者は福岡県知事となります。)この処分の取消しの訴えを提起することもできます(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。)

なお、処分の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます(その審査請求に対する裁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。)

附則

この規則は、公布の日から施行する。

選挙管理委員会

福岡県選挙管理委員会告示第七十二号

公職選挙法及び同法施行令等の規定による選挙運動及び政党その他の政治団体の政治活動に関する規程の一部を改正する告示を次のように定める。

平成三十年七月三日

福岡県選挙管理委員会委員長 藤井克己

公職選挙法及び同法施行令等の規定による選挙運動及び政党その他の政治団体の政治活動に関する規程の一部を改正する告示

公職選挙法及び同法施行令等の規定による選挙運動及び政党その他の政治活動に関する規程（昭和三十年一月福岡県選挙管理委員会告示第四十一号）の一部を次のように改正する。

第十六号様式を次のとおり改める。

第十六号様式

表

年 月 日 行 執	何選挙 (第 区) (定数)	選挙公報	投票日		福岡県選挙 管理委員会
			月	日	
(一)			写真		
			写真		
(二)			写真		
			写真		

裏

年 月 日 行 執	何選挙 (第 区) (定数)	選挙公報	投票日		福岡県選挙 管理委員会
			月	日	
(三)			写真		
			写真		
(四)			写真		
			写真		

備考一 印刷その他の都合により様式を変更することがある。

二 用紙のサイズは、衆議院比例代表選出議員及び参議院比例代表選出議員の選挙にあつてはブラケット判とし、それ以外の選挙にあつてはタブロイド判とするが、印刷その他の都合により変更することがある。

附則

この告示は、公布の日から施行する。