

# 福岡県公報

平成二十八年四月二十二日  
第三千七百八十七号  
増刊  
①

## 目次

### 規 則 (第五十一号・第五十二号)

○福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則 (児童家庭課) ……………一  
○福岡県児童福祉関係費用徴収規則の一部を改正する規則 (児童家庭課) ……………十八

## 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。

平成二十八年四月二十二日

福岡県知事 小川 洋

### 福岡県規則第五十一号

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				生 年 月 日					
	氏 名				性 別	男・女	年 齢	歳		
	個人番号				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		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				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					有(氏名 )・無					
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)及び別紙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、上記の難病の月ごとの医療費総額が5万円を超える月が間6回以上ある場合に記入すること。  
 ※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)(第 17 条関係)

<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健康増進課母子保健係(Tel:092-643-3307)  
・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

Form with fields for recipient number, patient name, sex, date of birth, and disease name.

○重症診断書

小児慢性特定疾病を主たる要因として、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○を記入してください。

Table with 3 columns: Target Part, Symptom Status, and Applicable Column. Rows include criteria for eyes, hearing, upper limbs, lower limbs, trunk/spine, and limb function.

<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項目に該当する場合

Table with 3 columns: Disease Group, Applicable Item, and Applicable Column. Rows list various conditions like malignancy, kidney disease, respiratory disease, etc.

上記のとおり診断します。

年 月 日

医療機関名

医師氏名
(自書若しくは記名押印)

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、人工呼吸器の種類欄は 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
	<b>【評価基準】</b>
	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	
(自書若しくは記名押印)	

## ○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	
(自書若しくは記名押印)	

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
			皮膚疾患群
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群			
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)			
以上のとおり、重症患者の認定を申請します。  申請者住所  氏名 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)に○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

## &lt;基準①&gt;

すべての疾患に関して、次に掲げる症状のうち、1つ以上が長期間(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
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの(両眼の視力の和が0.04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、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、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(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、横すわりのいずれもができないもの又は、臥位又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又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、上記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)

## &lt;基準②&gt;

①に該当しない場合であって、各疾患群に関して以下の項目に該当する場合

疾患群	該当項目
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20以下、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・知能指数は20以下、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
皮膚疾患群	発達・知能指数20以下、又は1歳以上の児童において、寝たきりのもの
染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	上記の項目のいずれかに該当するもの

様式第三号の一中「60日」を「3か月」に、「異議申立て」を「審査請求」に、「決定」を「裁決」に改める。  
様式第三号の二中「60日」を「3か月」に、「異議申立て」を「審査請求」に、「決定」を「裁決」に改める。  
様式第四号を次のように改める。



## 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		性別	生年月日
	氏名		男・女	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		印 (※3)		
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。

※3 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

様式第十八号及び様式第十八号の二を次のように改める。

様式第18号(第18条関係)

## 助産施設入所申込書

年 月 日

妊産婦住所

氏名

保健福祉(環境)事務所長 殿

助産施設への入所について、次のとおり申し込みます。

入所を希望する助産施設名	第一希望
	第二希望
出産予定日	年 月 日
助産の実施を希望する理由	

## ○妊産婦の家庭の状況

区分	ふりがな氏個人番号	妊産婦との続柄	生年月日	性別	職業	課税の有無		備考
						本年度分市町村民税	前年分所得税	
妊産婦の世帯員		本人		/		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
生活保護の状況		適用なし		適用あり( 年 月 日保護開始)				
社会保険の加入状況	加入の有無		有・無		保険の種類			
	出産一時金等の額				被保険者の記号			
	番号				被保険者名			

- 備考 1 「助産の実施を必要とする理由」の欄は、保健上入院助産を受けることが必要であることについて、その具体的な状況を記入してください。
- 2 「妊産婦の世帯員」の欄は、妊産婦本人及び妊産婦の配偶者、同居している親族等の全員について記入するとともに、「性別」及び「課税の有無」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 3 備考欄については、健康状況等入院助産の実施について参考となる事項を記入してください。
- 4 「社会保険の加入状況」の「加入の有無」欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 5 個人番号は、世帯員のマイナンバー(12桁)を記入してください。

添付書類 徴収金決定のために必要な事項に関する書類(課税証明書等)を添付してください。

様式第18号の2(第18条関係)

母子生活支援施設入所申込書

年 月 日

保護者住所  
氏名

保健福祉(環境)事務所長 殿

母子生活支援施設への入所について、次のとおり申し込みます。

入所を希望する母子生活支援施設名	第一希望
	第二希望
母子保護の実施を希望する理由	
母子保護の実施を希望する期間	年 月 日から 年 月 日

○入所を希望する世帯の状況

区分	ふりがな 氏 名 個人番号	続柄	生年月日	性別	職業又は就学 の状況等	備考
世帯員		本人		/		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		
生活保護の状況	適用なし      適用あり(      年      月      日保護開始)					

- 備 考
- 「母子保護の実施を希望する理由」の欄には、その具体的な状況を記入してください。
  - 「母子保護の実施を希望する期間」の欄には、母子保護の実施を希望する理由に該当すると見込まれる期間の範囲内で記入してください。なお、母子保護の実施期間の希望に沿えない場合がありますので、あらかじめ御承知ください。
  - 「世帯員」の欄は、入所を希望する保護者及びその監護する児童の全員について記入するとともに、「性別」の欄は、該当するものを○で囲んでください。
  - 備考欄については、健康状況等母子保護の実施について参考となる事項を記入してください。
  - 個人番号は、世帯員のマイナンバー（12桁）を記入してください。
- 添付書類 徴収金決定のために必要な事項に関する書類（課税証明書等）を添付してください。

様式第二十号から様式第二十一号の二までの規定中「60日」を「3か月」に改める。  
様式第二十一号の五中

申請者	フリガナ 氏名	〒	生年月日	年月日
	居住地			
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名		電話番号		
フリガナ 居住地		〒	生年月日	年月日
			統 柄	

を

申請者	フリガナ 氏名	〒	生年月日	年月日
	居住地			
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名		電話番号		
フリガナ 居住地		〒	生年月日	年月日
			統 柄	

を

改める。

様式第二十一号の六中

申請者	フリガナ 氏名	〒	生年月日	年月日
	居住地			
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名		電話番号		
フリガナ 居住地		〒	生年月日	年月日
			統 柄	

を

申請者	フリガナ 氏名	〒	生年月日	年月日
	居住地			
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名		電話番号		
フリガナ 居住地		〒	生年月日	年月日
			統 柄	

を

改める。

様式第二十一号の七から様式第二十一号の九までの規定中「60日」を「3か月」に改める。  
様式第二十一号の十二中「60日」を「3か月」に改める。  
様式第二十一号の十三及び様式第二十一号の十四中

フリガナ	生 年 月 日	年 月 日
申請者	生 年 月 日	年 月 日
居住地	〒	電話番号
フリガナ	統 柄	
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名	生年月日	年月日

を

に改める。

フリガナ	生 年 月 日	年 月 日
申請者	個人番号:	
居住地	〒	電話番号
フリガナ	統 柄	
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名	個人番号:	生年月日
		年月日

様式第二十一号の十五及び様式第二十一号の十六を次のように改める。

様式第21号の15(第19条の4関係)

高額障害児入所給付費支給申請書

福岡県知事 殿

次のとおり関係書類を添えて高額障害児入所給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ			①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②児童福祉法③介護保険法												
申請者氏名 (給付決定保護者等氏名)	個人番号:	制度	受給者証番号・被保険者証番号												
生年月日	年 月 日														
居住地	〒 電話番号														
フリガナ			続 柄												
支給決定に係る児童氏名			生年月日	年 月 日											
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額						申請に係るサービス利用月		年 月 分							
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額															
同一世帯に属する他の者	氏 名	生年月日		①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②児童福祉法③介護保険法											
	個人番号:			制 度	受給者証番号・被保険者証番号										
	個人番号:														
	個人番号:														

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。

(注2) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害児入所給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号										
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金 2当座預金 3その他											
	フリガナ													
	口座名義人													

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申請者との関係
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

様式第21号の16(第19条の4関係)

## 高額障害児入所給付費支給(不支給)決定通知書

文 書 番 号  
年 月 日

〒	—
市(町・村)	
様	

福岡県知事 印

年 月 日に申請のありました高額障害児入所給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

## 記

給付決定障害者氏名		受給者証番号													
支給決定に係る児童氏名															

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係るサービス利用月	年 月分
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給の理由			

振込先	金融機関											
	口座種目											
	口座番号											
	口座名義人											

## 審査請求及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取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審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取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。)、提起することができます。

## 問合せ先

福岡県障害者福祉課 福岡県福岡市博多区東公園7番7号 電話番号

様式第二十六号中

氏名 (ふりがな)

を

氏名 (ふりがな)  
個人番号

に改める。

様式第二十七号中

氏名

を

氏名

個人番号

個人番号

に

改める。

様式第三十四号の四を次のように改める。



様式第34号の4(第29条の9関係)

## 児童自立生活援助実施申込書

年 月 日

福岡県 児童相談所長 殿

提出者

住所

氏名

印

次のとおり児童自立生活援助の実施を希望しますので、児童福祉法第33条の6第2項の規定により申し込みます。

児童自立生活援助 実施希望者	氏名	男・女	生年月日
	個人番号		年 月 日 ( 歳)
	住所 (郵便番号)		
職業			
入居希望の事業所名(施設名)			
援助実施を希望する理由			

(注)

- 1 徴収額決定のために必要な事項に関する書類（課税証明等）を添付すること。
- 2 援助実施を希望する理由の欄は、具体的に記入すること。
- 3 個人番号は、実施希望者のマイナンバー（12桁）を記入すること。

様式第三十七号中「60円」を「3ヵ円」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。  
(経過規定)
- 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。

福岡県児童福祉関係費用徴収規則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。

平成二十八年四月二十二日

福岡県知事 小川 洋

**福岡県規則第五十二号**

福岡県児童福祉関係費用徴収規則の一部を改正する規則

福岡県児童福祉関係費用徴収規則(昭和五十一年福岡県規則第五十六号)の一部を次のように改正する。

別表第一備考6(1)イ中「390,000円」を「404,000円」に改める。

様式第一号中「60円」を「3ヵ円」に改める。

**附 則**

この規則は、公布の日から施行する。