

# 岐阜県公報

号外 (三) 平成二十六年十一月十三日

## 目 次

### 規 則

岐阜県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則	(保健医療課)	一
岐阜県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則	(同)	一八
知事の権限に属する事務に係る事務処理の特例に関する規則の一部を改正する規則	(同)	三九

## 規 則

岐阜県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則をここに公布する。

平成二十六年十一月十三日

岐阜県知事 古 田 肇

岐阜県規則第九十四号の五

### 岐阜県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則

#### (趣旨)

第一条 この規則は、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号。以下「法」という。）、難病の患者に対する医療等に関する法律施行令（平成二十六年政令第三百五十八号。以下「政令」という。）及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成二十六年厚生労働省令第百二十一号。以下「省令」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

#### (特定医療費の請求)

第二条 法第五条第一項の規定により特定医療費の支給を受けようとする者は、特定医療費（指定難病）請求書（別記第一号様式）により請求するものとする。

#### (支給認定の申請等)

第三条 法第六条第一項の支給認定の申請又は法第十条第一項の支給認定の変更の申請は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（別記第二号様式）により行うものとする。

#### (医療受給者証)

第四条 法第七条第四項の医療受給者証は、別記第三号様式のとおりとする。

#### (岐阜県指定難病審査会)

岐阜県公報 号外 毎週 (火曜日) 発行 (休日当たる) (ときは翌日)

平成二十六年十一月十三日

第五条 法第八条第一項の規定により設置する岐阜県指定難病審査会（以下「審査会」という。）の委員の定数は、十八人以内とする。

2 審査会の会議は、会長が招集する。

3 審査会の会議は、委員の過半数が出席しなければ、これを開くことができない。

4 審査会の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

5 審査会の庶務は、健康福祉部保健医療課において処理する。

6 前各項に定めるもののほか、審査会の運営に関し必要な事項は、会長が審査会に諮って定める。

（支給認定の申請内容の変更の届出）

第六条 省令第十三条第一項の規定による届出は、特定医療費（指定難病）支給認定変更届（別記第四号様式）により行うものとする。

（指定医の指定の申請）

第七条 省令第十五条第一項の申請は、指定医指定申請書兼経歴書（別記第五号様式）により行うものとする。

（指定医の指定の更新の申請）

第八条 省令第十七条第二項の規定による指定医の指定の更新の申請は、指定医指定更新申請書（別記第六号様式）により行うものとする。

（指定医の申請内容の変更の届出）

第九条 省令第十九条の規定による届出は、指定医変更届（別記第七号様式）により行うものとする。

（指定医の指定の辞退の届出）

第十条 省令第二十条第一項の規定による指定医の指定の辞退の届出は、指定医辞退届出書（別記第八号様式）により行うものとする。

（医療受給者証の再交付の申請）

第十一条 省令第二十六条の申請は、医療受給者証再交付申請書（別記第九号様式）により行うものとする。

（指定医療機関の指定の申請）

第十二条 法第十四条第一項の申請は、指定医療機関指定申請書（別記第十号様式）により行うものとする。

（指定医療機関の指定更新の申請）

第十三条 法第十五条の規定による指定医療機関の指定の更新の申請は、指定医療機関指定更新申請書（別記第十一号様式）により行うものとする。

（指定医療機関の名称等の変更の届出）

第十四条 法第十九条の規定による届出は、指定医療機関変更届（別記第十二号様式）により行うものとする。

（指定医療機関の休止等の届出）

第十五条 省令第四十三条の規定による届出は、指定医療機関休止等届（別記第十三号様式）により行うものとする。

（指定医療機関の指定辞退の届出）

第十六条 省令第四十四条の規定による届出は、指定医療機関辞退届（別記第十四号様式）により行うものとする。

（書類の経由）

第十七条 第二条の規定による請求、第三条の申請、第六条の届出及び第十一条の申請に係る知事に対してする書類の提出並びに省令第二十七条第三項の規定による医療受給者証の返還は、岐阜市長又は保健所長（保健所に置かれる事務所の長を含む。）を経由してするものとする。

（委任）

第十八条 この規則に定めるもののほか、法、政令及び省令の施行に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成二十七年一月一日から施行する。

（準備行為）

2 法附則第三条第五項及び第十二項の規定により法の施行前においても行うことができることとされた指定医の指定及び支給認定の手続、指定医療機関の指定の手続その他の行為は、この規則の施行前においても、第三条、第四条、第六条、第七条、第九条、第十二条及び第十四条の規定の例により行うものとする。



第2号様式 (第3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) (表面)

岐阜県知事 様		年 月 日		
支給認定 (支給認定の変更の認定) を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項 (第10条第1項) の規定により、下記のとおり申請します。				
受給者番号	(受給者番号は、更新又は変更の場合のみ記載してください。)			
患者 (受診者)	フリガナ	性別	年齢	生年月日
	氏 名		歳	年 月 日
	郵便番号	〒		電話番号
	居住地 (住所)			
	加入 医療保険	保険種別番号	被保険者氏名	患者との続柄 □本人 □患者の ( )
	保険者名		被保険者証の記号・番号	
申請者	フリガナ			患者との関係
	氏 名	印 (自署又は記名押印)		□本人 □代理人 □保護者 (続柄 )
	(郵便番号、電話番号及び住所は、申請者が患者本人の場合は記載不要)			
	郵便番号	〒		電話番号
	居住地 (住所)			
	受給者証等の送付先			□申請者居住地 □下記に送付 〒
指定難病の 名称 (病名)				疾患コード
受診を希望する 指定医療機関 (薬局、訪問看護事 業者等を含む。)	医療機関の名称	所在地		医療機関コード
自己負担上限額 の特例 (該当する場合は 「○」を付けてくだ さい。)	人工呼吸器等装着	患者と同じ医療保険上の世帯 内にいる者のうち指定難病又 は小児慢性特定疾病の医療費 助成を受けている者 (該当がある場合のみ記載)	医療費助成制度	氏名
	高額かつ長期		□難病 □小慢	
	軽症者特例		□難病 □小慢	
	重症患者認定		□難病 □小慢	

裏面も記載してください。

保健所使用欄		保健所		保健医療課	
保健所名					
申請受理日					
送付先	委任状				
	コード				

(裏面)

支給認定基準世帯員（世帯内で患者と同じ医療保険に加入している方を記載してください。）

世帯員の氏名	患者との続柄	保健所 使用欄	世帯員の氏名	患者との続柄	保健所 使用欄

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。  
2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。  
3 申請者が患者の代理人である場合は、本件の申請手続に係る患者からの委任状（任意様式）を添付してください。  
4 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。



第4号様式 (第6条関係)

特定医療費 (指定難病) 支給認定変更届

患者 (受診者)	氏 名			受給者番号									
	居 住 地 (住所)												
	電 話 番 号	— —											
保護者 (患者が18歳未満の場合記載)	氏 名			患者との 関係(続柄)									
	居 住 地 (住所)												
	電 話 番 号	— —											
変更があった事項に○印を付け、変更後の内容を記載してください。	事項	○印	変更後の内容										
	患者	フリガナ氏名		(旧氏名)									
		居 住 地 (住所)	〒 —										
		電 話 番 号		— —									
	保護者	フリガナ氏名		(旧氏名)									
		居 住 地 (住所)	〒 —										
		電 話 番 号		— —									
	加入医療保険	保険種別番号		被保険者氏名			患者との続柄 □本人 □患者の ( )						
		保険者名				被保険者証の記号・番号							
		支給認定基準世帯員 (世帯内で患者と同じ医療保険に加入している方を記載してください。)											
世帯員の氏名		患者との続柄	保健所使用欄	世帯員の氏名	患者との続柄	保健所使用欄							
そ の 他 (送付先の変更等)													

私は、支給認定の申請内容に変更があったので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。

岐阜県知事 様 年 月 日

届出者 区 分  患者  保護者  代理人

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 (自署又は記名押印)

受給者証送付先  患者居住地  保護者居住地  下記へ送付

〒 —

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
- 2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
- 3 届出者が患者の代理人である場合は、本件の届出手続に係る患者からの委任状 (任意様式) を添付してください。
- 4 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。

保健所使用欄		保健所		保健医療課	
保 健 所 名					
届出受理日					
送 付 先	委任状				
	コード				

第5号様式 (第7条関係)

指定医指定申請書兼経歴書

年 月 日

岐阜県知事 様

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏 名		印	年 月 日	
	連絡先	〒 -			
	住 所				
	電話番号				
	メールアドレス				
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	年 月 日	
指定医の区分	1 難病指定医 (①、②又は③)		2 協力難病指定医 (②)		
該当する資格	①専門医	専門医の資格の名称			
		専門医の認定機関			
		有効期間	年 月 日	～	年 月 日
	②知事が行う研修を修了	研修の名称			
		研修修了年月日	年 月 日		
③経過的特例	特定疾患治療研究事業の診断書 (臨床調査個人票) の作成実績				
	1 有 (主な疾病名 )		2 無		
主として指定難病の診断を行う医療機関	医療機関コード	2	1	1	
	名 称				
	所在地	〒 -			
	電話番号				
	担当する診療科名				
経歴書 (5年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。)					
診断又は治療に従事した期間		従事した診療科		従事した医療機関の名称	
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
年 月～ 年 月					
合計従事期間		計		年 か月	

- 備考 1 氏名については、自署又は記名押印をしてください。  
 2 「指定医の区分」の1又は2のいずれかを囲み、「該当する資格」のいずれかを記載してください。  
 3 「従事した期間」は、月単位で記入し、1か月未満の端数は切り捨ててください。



第6号様式 (第8条関係)

指定医指定更新申請書

年 月 日

岐阜県知事 様

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、その更新を受けたいので、下記のとおり申請します。

申請者	指定医番号	2	1																		
	氏 名	印																			
	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 (該当するものに「レ」を記載してください。)																			
指定医の区分		1 難病指定医 (①又は②)									2 協力難病指定医 (②)										
該当する資格	① 専門医	専門医の資格の名称																			
		専門医の認定機関																			
		有効期間	年 月 日 ~									年 月 日									
	② 知事が行う研修を修了	研修の名称																			
研修修了年月日		年 月 日																			
変更があった事項に○印を付け、変更後の内容を記載してください。	○印	事項	変更後の内容																		
		フリガナ																			
		指定医氏名	(旧氏名 )																		
		住 所	〒 -																		
		電話番号																			
		メールアドレス																			
		医籍登録番号	第									号									
		医籍登録年月日	年 月 日																		
		主として指定難病の診断を行う医療機関	医療機関コード	2	1	1															
			名 称																		
	所在地		〒 -																		
	電話番号																				
	担当する診療科名																				

- 備考
- 1 氏名については、自署又は記名押印をしてください。
  - 2 「指定医の区分」の1又は2のいずれかを囲み、「該当する資格」のいずれかを記載してください。
  - 3 変更のない事項についても記載してください。
  - 4 氏名に変更があった場合は、当該変更を証明する書類を添付してください。
  - 5 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。





第9号様式 (第11条関係)

医療受給者証再交付申請書

患者 (受診者)	氏 名			受給者番号									
	生年月日	年	月	日	性 別								
	居 住 地 (住所)	〒 -											
	電 話 番 号	- -											
保護者 (患者が18歳未満の場合に記載)	氏 名			患者との 関係(続柄)									
	居 住 地 (住所)	〒 -											
	電 話 番 号	- -											
再交付を申請する 理由に○印を付けて ください。		破 損											
		汚 損											
		紛 失											
<p>難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第26条の規定により、上記のとおり医療受給者証の再交付を申請します。</p> <p>(紛失の場合) 再交付の後に失った受給者証を発見したときは、速やかに再交付前の受給者証を岐阜県知事に返還することを誓約します。</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 区 分 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 代理人</p> <p>氏 名 _____ 印 (自署又は記名押印)</p> <p>受給者証送付先 <input type="checkbox"/> 患者居住地 <input type="checkbox"/> 保護者居住地 <input type="checkbox"/> 下記へ送付</p> <p>〒 -</p> <p>_____</p>													

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
- 2 医療受給者証の破損又は汚損による再交付の申請の場合は、当該医療受給者証を添付してください。
- 3 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
- 4 申請者が患者の代理人である場合は、本件の申請手続に係る患者からの委任状（任意様式）を添付してください。
- 5 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。

保健所使用欄		保健所		保健医療課	
保 健 所 名					
申 請 受 理 日					
送 付 先		委 任 状			

第10号様式 (第12条関係)

指定医療機関指定申請書

保 険 医 療 機 関 等	保険医療機関等の区分	病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者等										
	保険医療機関等コード	2	1									
	名 称											
	所 在 地	〒 ー										
	電話番号											
	メールアドレス											
開 設 者 等	住所又は所在地 (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)	〒 ー										
	氏名又は名称 (法人にあっては、 名称及び代表者職氏名)											
標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所のみ記載)												
役員の職名及び氏名 (申請者が法人の場合)	職名	氏名	職名	氏名								
<p>難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定により、上記のとおり指定医療機関の指定の申請をします。</p> <p>また、同条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p>申請者 住所又は所在地 (開設者等) (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)</p> <p>氏名又は名称 (法人にあっては、 名称及び代表者職氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p>												

[事務担当者の連絡先]

部署等		担当者氏名		電話番号	
-----	--	-------	--	------	--

- 備考 1 「保健医療機関等の区分」は、該当する区分を○で囲んでください。
- 2 「保健医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は保険医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。
- 3 「メールアドレス」は、岐阜県から指定医療機関に対する連絡、難病に関する情報提供等に利用し、第三者への提供、ホームページ等での公表は行いません。
- 4 役員の記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

第11号様式 (第13条関係)

指定医療機関指定更新申請書

保 険 医 療 機 関 等	保険医療機関等の区分	病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者等			
	保険医療機関等コード	2	1		
	名 称	○印			
	所 在 地	〒	—		
	電話番号				
開 設 者 等	メールアドレス				
	住所又は所在地 (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)	〒	—		
	氏名又は名称 (法人にあっては、 名称及び代表者職氏名)				
	標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所のみ記載)				
役 員 の 職 名 及 び 氏 名 (申請者が法人の場合)		職名	氏名	職名	氏名
<p>難病の患者に対する医療等に関する法律第15条第1項の規定により指定医療機関の指定の更新を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>また、同法第14条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p>申請者 住所又は所在地 (開設者等) (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)</p> <p>氏名又は名称 (法人にあっては、 名称及び代表者職氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p>					

[事務担当者の連絡先]

部署等	担当者氏名	電話番号
-----	-------	------

- 備考
- 「保険医療機関等の区分」は、該当するものを○で囲んでください。
  - 「保険医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は保険医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。
  - 直近の指定(指定の更新)の申請(変更の届出を含む。)から変更がある事項について○印を付けてください。
  - 役員の記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

第12号様式 (第14条関係)

指定医療機関変更届

保 険 医 療 機 関 等	保険医療機関等の区分	病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者等			
	保険医療機関等コード	2	1		
	名 称	変更前		変更後	
		〒 ー		〒 ー	
所在地					
電話番号					
メールアドレス					
開 設 者 等	住所又は所在地 (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)	〒 ー		〒 ー	
	氏名又は名称 (法人にあっては、 名称及び代表者職氏名)				
標ぼうしている診療科名 (病院又は診療所のみ記載)					
役員の職名及び氏名 (申請者が法人の場合)	職名	氏名	職名	氏名	
変更年月日		年	月	日	
<p>変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため、難病の患者に対する医療等に関する法律第19条の規定により届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p>届出者 住所又は所在地 (開設者等) (法人にあっては、 主たる事務所の所在地)</p> <p>氏名又は名称 (法人にあっては、 名称及び代表者職氏名) 印</p>					

[事務担当者の連絡先]

部署等		担当者氏名		電話番号	
-----	--	-------	--	------	--

- 備考 1 「保険医療機関等の区分」は、該当するものを○で囲んでください。
- 2 「保険医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は保険医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。
- 3 変更のある事項について、変更内容を記載してください。
- 4 役員の記載欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記載し、役員名簿を添付してください。

第13号様式 (第15条関係)

指定医療機関休止等届

保 険 医 療 機 関 等	保険医療機関等の区分	病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者等										
	保険医療機関等コード	2	1									
	名 称											
	所 在 地	〒 ー										
	電話番号											
	メールアドレス											
開 設 者 等	住所又は所在地 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒 ー										
	氏名又は名称 (法人にあつては、 名称及び代表者職氏名)											
届出事由が生じた日		年 月 日										
届出事由		1 業務の休止    2 業務の廃止    3 業務の再開 4 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第43条第2号該当 ( )										
備 考												
難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 43 条の規定により、上記のとおり届け出ます。  岐阜県知事 様  届出者 住所又は所在地 (開設者等) (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)  氏名又は名称 (法人にあつては、 名称及び代表者職氏名)												
年 月 日												
印												

[事務担当者の連絡先]

部署等		担当者氏名		電話番号	
-----	--	-------	--	------	--

- 備考 1 「保険医療機関等の区分」は、該当するものを○で囲んでください。  
 2 「保険医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は保険医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。  
 3 「届出事由」は、該当するものに○を付け、( ) 内に詳細を記載してください。



第14号様式 (第16条関係)

指定医療機関辞退申出書

保 険 医 療 機 関 等	保険医療機関等の区分	病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者等										
	保険医療機関等コード	2	1									
	名 称											
	所在地	〒                    ー										
	電話番号											
	メールアドレス											
開 設 者 等	住所又は所在地 (法人にあつては、 主たる事務所の所在地)	〒                    ー										
	氏名又は名称 (法人にあつては、 名称及び代表者職氏名)											
辞退年月日		年            月            日										
辞退の理由												
備 考												

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第44条の規定により、上記のとおり指定医療機関の指定の辞退を申し出ます。

年    月    日

岐阜県知事 様

届出者 住所又は所在地  
(開設者等) (法人にあつては、  
主たる事務所の所在地)

氏名又は名称  
(法人にあつては、  
名称及び代表者職氏名)

印

[事務担当者の連絡先]

部署等		担当者氏名		電話番号	
-----	--	-------	--	------	--

- 備考 1 「保険医療機関等の区分」は、該当するものを○で囲んでください。  
 2 「保険医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は保険医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業者等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。

岐阜県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十六年十一月十三日

岐阜県知事 古 田 肇

岐阜県規則第九十四号の六

岐阜県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

岐阜県児童福祉法施行細則（昭和四十七年岐阜県規則第十七号）の一部を次のように改正する。

第二条の次に次の十六条を加える。

（小児慢性特定疾病医療費の請求）

第二条の二 法第十九条の二第一項の規定により小児慢性特定疾病医療費の支給を受けようとする者は、小児慢性特定疾病医療費請求書（別記第二号様式の一）により請求するものとする。

（療養負担過重患者の認定の申請）

第二条の三 政令第二十二号第一項第二号口の療養負担過重患者の認定の申請は、小児慢性特定疾病療養負担患者認定申請書（別記第二号様式の三）により行うものとする。

（支給認定等の申請）

第二条の四 法第十九条の三第一項の規定による小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請又は法第十九条の五第一項の医療費支給認定の変更の申請は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（別記第二号様式の四）により行うものとする。

（医療受給者証）

第二条の五 法第十九条の三第七項の医療受給者証は、別記第二号様式の五のとおりとする。

（岐阜県小児慢性特定疾病審査会）

第二条の六 法第十九条の四第一項の規定により設置する岐阜県小児慢性特定疾病審査会（以下「審査会」という。）の委員の定数は、八人以内とする。

2 審査会の会議は、会長が招集する。

3 審査会の会議は、委員の過半数が出席しなければ、これを開くことができない。

4 審査会の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、会長の

決するところによる。

5 審査会の庶務は、健康福祉部保健医療課において処理する。

6 前各項に定めるもののほか、審査会の運営に關し必要な事項は、会長が審査会に諮つて定める。

（支給認定の申請内容の変更の届出）

第二条の七 省令第七条の九第三項の届出書は、小児慢性特定疾病医療費支給認定変更届（別記第二号様式の六）によるものとする。

（指定医の指定の申請）

第二条の八 省令第七条の十一第一項の申請書は、小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書（別記第二号様式の七）によるものとする。

（指定医の指定の更新の申請）

第二条の九 省令第七条の十二の規定による指定医の指定の更新の申請は、小児慢性特定疾病指定医更新申請書（別記第二号様式の八）により行うものとする。

（指定医の申請内容の変更の届出）

第二条の十 省令第七条の十四の規定による届出は、小児慢性特定疾病指定医変更届（別記第二号様式の九）により行うものとする。

（指定医の指定の辞退）

第二条の十一 省令第七条の十五の規定による指定医の指定の辞退は、小児慢性特定疾病指定医辞退届（別記第二号様式の十）により行うものとする。

（医療受給者証の再交付の申請）

第二条の十二 省令第七条の二十三第一項の申請は、小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書（別記第二号様式の一）により行うものとする。

（指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の申請）

第二条の十三 法第十九条の九第一項の申請は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書（別記第二号様式の十二）により行うものとする。

（指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の更新の申請）

第二条の十四 法第十九条の十第一項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の更新の申請は、指定小児慢性特定疾病医療機関更新申請書（別記第二号様式の十三）により行うものとする。

（指定小児慢性特定疾病医療機関の名称等の変更の届出）

第二条の十五 法第十九条の十四の規定による届出は、指定小児慢性特定疾病医療機関

変更届(別記第二号様式の十四)により行うものとする。

(指定小児慢性特定疾病医療機関の休止等の届出)

第二条の十六 省令第七条の三十六の規定による届出は、指定小児慢性特定疾病医療機関休止等届出書(別記第二号様式の十五)により行うものとする。

(指定小児慢性特定疾病医療機関の指定辞退の申出)

第二条の十七 省令第七条の三十七の規定による申出は、指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書(別記第二号様式の十六)により行うものとする。

第二十七条を第二十八条とし、同条の前に次の一条を加える。

(書類の経由)

第二十七条 省令及びこの規則の規定により知事に対して申請する書類その他の書類の提出のうち、省令第七条の二十三第一項の医療受給者証の再交付の申請に係る書類の提出並びに省令第七条の二十三第三項及び第七条の二十八第一項の医療受給者証の返還並びに第二条の二の請求並びに第二条の三、第二条の四及び第二条の十二の申請に係る書類並びに第二条の七の届出書の提出は、保健所長を経由してすることができる。別記第二号様式の次に次の十五様式を加える。

別記

第2号様式の2 (第2条の2関係)

小児慢性特定疾病医療費請求書

年 月 日

岐阜県知事 様

請求者 (〒 \_\_\_\_\_ )

居住地 (住所) \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

対象児童加入保険の種類 1 社保本人 2 社保家族 3 国保

自己負担上限月額 \_\_\_\_\_ 円

小児慢性特定疾病医療費を請求します。当該医療費は、下記の振込口座に振り込んでください。

受給者番号		公費負担番号		対象児童等氏名		申請者との続柄	
.....		5.2.2.1.....		.....		.....	
振込 口座	銀行名等	銀行・信金・信組・農協				支店	
	預金種別	1 普通	2 当座	口座番号	.....	.....	.....
	フリガナ	.....					
口座名義人氏名		.....					
交付申請額		窓口支払金額 (③)		自己負担上限月額		請求金額	
.....		..... 円		..... 円		..... 円	

(医療機関証明欄)

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証有効期間 :				年 月 日 ~		年 月 日		
診療年月	診療科名	日 数	診療報酬明細書による点数 (A)	自己負担割合 (B)	診療区分	保険診療分自己負担金 (A×10×B=C)	食事療養費標準負担額 (D)	患者自己負担額 (窓口支払額)
年 月		日~ 日	..... 点	3割	入院 外来 調剤 訪問	..... 円	..... 円	..... 円
		計 日						
年 月		日~ 日	..... 点	3割	入院 外来 調剤 訪問	..... 円	..... 円	..... 円
		計 日						
年 月		日~ 日	..... 点	3割	入院 外来 調剤 訪問	..... 円	..... 円	..... 円
		計 日						
年 月		日~ 日	..... 点	3割	入院 外来 調剤 訪問	..... 円	..... 円	..... 円
		計 日						
合 計						①	②	③
上記のとおり証明します。						医療機関コード		
						.....		
年 月 日								
住所又は所在地 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)								
氏名又は名称 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)								
..... 印								
(担当者の所属、氏名及び連絡先 :						電話番号 _____ )		

第2号様式の3 (第2条の3関係)

小児慢性特定疾病療養負担過重患者認定申請書

小児慢性特定疾病児童等	受給者番号			
	氏名			
	小児慢性特定疾病の名称			
保護者	氏名		児童等との続柄	児童等の
	居住地(住所)			
障害等の状態	療養負担過重患者認定基準に該当する障害の長期継続の状態 (基準①及び基準②の該当する欄に○を付けてください。)			
	該当対象部位			
	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	
皮膚疾患群				
添付する証明書類	1 小児慢性特定疾病医療意見書	2 障害年金証明書の写し		
	3 身体障害者手帳の写し	4. その他		
小児慢性特定疾病療養負担過重患者の認定を受けたいので、上記のとおり申請します。				
岐阜県知事 様		年 月 日		
		申請者 住所		
		氏名 印		

第2号様式の4 (第2条の4関係)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新・変更) (表面)

小児慢性特定疾病医療費の支給認定(支給認定の変更の認定)を受けたいので、児童福祉法第19条の3第1項(19条の5第1項)の規定により、下記のとおり申請します。

年 月 日

岐阜県知事 様

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(自署又は記名押印)

受給者番号					(更新又は変更の場合のみ記入)
小児慢性特定疾病児童等	ふりがな		性別	年齢	生年月日
	氏名			歳	
	郵便番号	〒	電話番号		
	居住地(住所)				
加入医療保険	被保険者氏名		児童等との続柄	児童等の	
	保険者名称		被保険者証の記号・番号		
申請者	ふりがな		児童等との続柄	児童等の	
	氏名				
	(郵便番号、電話番号及び住所は、児童等と異なる場合のみ記入)				
	郵便番号	〒	電話番号		
居住地(住所)					
小児慢性特定疾病の名称					
受診を希望する指定小児慢性特定疾病医療機関(薬局、訪問看護事業者等を含む。)	名称		所在地	医療機関コード	
今回申請する児童等と同じ医療保険上の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を受けている者又は申請中の者(該当者がある場合のみ記入)	氏名		制度の別	受給者番号	
			難病・小慢		
			難病・小慢		
自己負担上限月額の特例(該当する場合のみ□に「レ」を記入)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着		<input type="checkbox"/> 世帯内 <small>きんぐん</small> 按分特例		
	<input type="checkbox"/> 高額治療継続		<input type="checkbox"/> 療養負担過重(重症患者)		

裏面も記入してください。

(裏面)

医療費支給認定基準世帯員

小児慢性特定疾病児童等と同じ医療保険に加入する方（住民票が別の方も含む。）を全員記入してください。また、税額証明書類を提出する方は、「税額証明」欄に○をつけてください。

世帯員氏名	児童等との続柄	税額証明	世帯員氏名	児童等との続柄	税額証明
	本人				

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記入してください。  
2 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。

第2号様式の5 (第2条の5関係)

小児慢性特定疾病医療費受給者証

下記のとおり認定する。

年 月 日 岐阜県知事  印

公費負担者番号						総申保健所名
受給者番号						
受診者	住所					
	氏名					
者	生年月日			性別		
	保険者					
保 護 者	記号番号		適用区分			
	住所					
疾 患 者	氏名		続柄			
	疾患番号					
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おけ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  
この券は、認定された疾病及び認定された疾病に付随して発現する疾病にのみ有効です。

自己負担上限額	月額	円	階層区分
有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	

指定医療機関

名 称	
所在地	
名 称	
所在地	
名 称	
所在地	
名 称	
所在地	



第2号様式の6 (第2条の7関係)

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更届

受給者番号						
小児慢性特定疾病児童等	ふりがな		性別	年齢	生年月日	
	氏 名			歳	年 月 日	
	居住地 (住所)	〒				
保護者	ふりがな		児童等との続柄	児童等の		
	氏 名					
	居住地 (住所)	〒 (児童等と異なる場合のみ記入)				
(変更があった事項の□に「レ」を記入し、変更後の内容を記入してください。)						
小児慢性特定疾病児童等に関する事項		変更事項	変更後の内容			
	□	ふりがな				
		氏 名				
	□	居住地 (住所)	〒			
	□	電話番号				
	□	加入保険	被保険者氏名		児童等との続柄	児童等の
			保険者名称		被保険者証の記号・番号	
医療費支給認定基準世帯員 (児童等と同じ医療保険に加入する方 (住民票が別の方を含む。) 全員記入してください。)		世帯員氏名	児童等との続柄	世帯員氏名	児童等との続柄	
保護者に関する事項	□	ふりがな				
	□	氏 名				
	□	居住地 (住所)	〒			
	□	電話番号				
<p>小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請内容に変更があったので、児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">(自署又は記名押印)</p>						

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記入してください。  
 2 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。

## 第2号様式の7 (第2条の8関係)

指定医番号

## 小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

年 月 日

岐阜県知事 様

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師の指定を受けたいので、児童福祉法施行規則第7条の10第1項の規定により、下記のとおり申請します。

ふりがな 氏 名		印	生年 月日	年 月 日	性 別	男・女
居 住 地		〒				
電 話 番 号		メー ル ア ド レ ス				
医 籍 登 録 番 号		医 籍 登 録 年 月 日		年 月 日		
該 当 す る 資 格	専 門 医 の 資 格	資 格 の 名 称 認 定 機 関	専 門 医 の 有 効 期 間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
	知 事 が 行 う 研 修 を 修 了	研 修 の 名 称	研 修 修 了 日		年 月 日	
診断書の作成を行おう とする主たる勤務先の 医療機関（岐阜市を除 く岐阜県内の医療機関 に限る。）		名 称				
		医 療 機 関 コー ド				
		所 在 地		〒		
		電 話 番 号				
		担 当 す る 診 療 科 名				
経 歴	診 療 又 は 治 療 に 従 事 し た 期 間		従 事 し た 診 療 科 名	従 事 し た 医 療 機 関 の 名 称		
	年 月 ～ 年 月					
	年 月 ～ 年 月					
	年 月 ～ 年 月					
年 月 ～ 年 月						
合 計 期 間			計 年 月 日			

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記入してください。
- 2 氏名は、自署又は記名押印をしてください。
- 3 主たる勤務先の医療機関の他に医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば、別紙に記入してください。
- 4 「診療又は治療に従事した従事した期間」は、月単位で記入し、1か月未満の端数は切り捨ててください。なお、従事した期間が、5年以上であることが分かれば、全ての経歴を記入する必要はありません。
- 5 必要な書類を添付して、提出してください。

(別紙)

1	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	

第2号様式の8 (第2条の9関係)

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

岐阜県知事 様

申請者 指定医番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師の指定について、その更新を受けたいので、下記のとおり申請します。

変更のある事項の□に「レ」を記入し、変更後の内容を記入してください。				
変更事項	変更後の内容			
<input type="checkbox"/>	ふりがな 氏 名			
<input type="checkbox"/>	居 住 地	〒 _____		
<input type="checkbox"/>	電話番号			
<input type="checkbox"/>	メールアドレス			
<input type="checkbox"/>	医籍登録番号			
<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日		
<input type="checkbox"/>	診断書の作成を行おうとする医療機関(岐阜市を除く岐阜県内の医療機関に限る。)	主たる勤務先の医療機関	名称	
		医療機関コード		
		所在地	〒 _____	
		電話番号		
		担当する診療科名		
	主たる勤務先以外の医療機関	名称		
	医療機関コード			
	所在地	〒 _____		
	電話番号			
	担当する診療科名			

- 備考 1 氏名については、自署又は記名押印をしてください。  
 2 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。  
 3 「主たる勤務先以外の医療機関」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入し、別紙に必要事項を記入のうえ添付してください。

(別紙)

1	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	

第2号様式の9 (第2条の10関係)

小児慢性特定疾病指定医変更届

年 月 日

岐阜県知事 様

届出者 指定医番号 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師の指定について、申請事項に変更があったため、児童福祉法施行規則第7条の14の規定により下記のとおり届け出ます。

変更のある事項の□に「レ」を記入し、変更後の内容を記入してください。				
変 更 年 月 日		年 月 日		
<input type="checkbox"/>	ふりがな 氏 名			
<input type="checkbox"/>	居 住 地	〒		
<input type="checkbox"/>	電話番号			
<input type="checkbox"/>	医籍登録番号			
<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日			
<input type="checkbox"/>	診断書の作成を行おうとする医療機関(岐阜市を除く岐阜県内の医療機関に限る。)	主たる勤務先の医療機関	名称	
			医療機関コード	
			所在地	〒
			電話番号	
			担当する診療科名	
	主たる勤務先以外の医療機関	名称		
		医療機関コード		
		所在地	〒	
		電話番号		
		担当する診療科名		

- 備考 1 氏名に変更があった場合は、当該変更を証明する書類を添付してください。  
 2 医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。  
 3 「主たる勤務先以外の医療機関」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入し、別紙に必要事項を記入のうえ添付してください。

(別紙)

1	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関の名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	

## 第2号様式の10 (第2条の11関係)

小児慢性特定疾病指定医辞退届

年 月 日

岐阜県知事 様

申出者 指定医番号 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師の指定について、児童福祉法施行規則第7条の15の規定により、下記のとおり指定を辞退します。

指定を受けた年月日	
指定を辞退する年月日	
辞退の理由	

備考 氏名については、自署又は記名押印をしてください。



第2号様式の11 (第2条の12関係)

小児慢性特定疾病医療受給者証再交付申請書

受給者番号			
小児慢性 特定疾病 児童等	ふりがな		性別 生年月日
	氏 名		年 月 日
	居住地 (住 所)		
保護者	ふりがな	児童等との 続柄	児童等の
	氏 名		
	居住地 (住 所)	(児童等と異なる場合のみ記入)	電話番号
紛失	紛失年月日	年 月 日頃	
	紛失場所		
	紛失理由		
汚損 ・ 破損	再交付の理由		
	上記理由に係る 状況		
<p>児童福祉法施行規則第7条の2 3 第1項の規定により、上記のとおり小児慢性特定疾病医療受給者証の再交付を申請します。 (紛失の場合) 再交付後に、失った医療受給者証を発見したときは、再交付前の医療受給者証を速やかに岐阜県知事に返還することを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____ 印 (自署又は記名押印)</p>			

備考 医療受給者証を破損し、又は汚した場合における再交付の申請にあつては、当該医療受給者証を添付してください。

第 2 号様式の12 (第 2 条の13関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定申請書

医療機関の区分		病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者									
保険医療機関等	名 称										
	所 在 地	〒									
	電話番号					メールアドレス					
	医療機関等コード	2	1								
開設者	住所又は所在地	〒									
	氏名又は名称										
代表者 (指定訪問看護事業者のみ記入)	住 所										
	氏 名										
標榜している診療科名 (病院又は診療所のみ記入)											
役員の氏名及び職名 (申請者が法人の場合のみ記入)	氏 名					職 名					
<p>児童福祉法第19条の9第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>また、同条第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 (開設者等)</p> <p style="text-align: center;">住所又は所在地 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 (法人にあっては、名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p>											

- 備考 1 「医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 2 「開設者」の欄について、法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者氏名を記入してください。
- 3 「役員の氏名及び職名」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記入し、役員名簿を添付してください。

第2号様式の13 (第2条の14関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関更新申請書

医療機関の区分		病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者	
直近の指定の申請 (変更の届出を含む。) から変更がある事項の□に「レ」を記入し、変更後の内容を記入してください。			
保険医療機関等	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
代表者 (指定訪問看護事業者のみ記入)	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏 名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名 (病院又は診療所のみ記入)		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	氏 名
			職 名
<p>児童福祉法第19条の10第1項の規定により、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の更新を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>また、同法第19条の9第2項各号のいずれにも該当しないことを誓約します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: center;">申請者 (開設者等)</p> <p style="text-align: center;">住所又は所在地 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 (法人にあつては、名称及び代表者氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

- 備考 1 「医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業所の場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 2 「開設者」の欄について、法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者氏名を記入してください。
- 3 「役員の氏名及び職名」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付してください。

第2号様式の14 (第2条の15関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関変更届

医療機関の区分		病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者	
変更がある事項の□に「レ」を記入し、変更の内容を記入してください。			
変 更 事 項		変 更 前	変 更 後
保険医療機関等	名 称	<input type="checkbox"/>	
	所 在 地	<input type="checkbox"/>	
	電話番号	<input type="checkbox"/>	
	医療機関コード	<input type="checkbox"/>	
開設者	住所又は所在地	<input type="checkbox"/>	
	氏名又は名称	<input type="checkbox"/>	
代表者 (指定訪問看護事業者のみ記入)	住 所	<input type="checkbox"/>	
	氏 名	<input type="checkbox"/>	
標榜している診療科名 (病院又は診療所のみ記入)		<input type="checkbox"/>	
役員の氏名及び職名		<input type="checkbox"/>	
変更年月日		年 月 日	
<p>児童福祉法第19条の14の規定により、変更の届出を行うべき事項に変更が生じたため、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: center;">届出者 (開設者等)</p> <p style="text-align: center;">住所又は所在地 (法人にあっては、主たる事務所の所在地)</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 (法人にあっては、名称及び代表者の氏名)</p> <p style="text-align: right;">印</p>			

- 備考 1 「医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 2 「開設者」の欄について、法人にあっては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者氏名を記入してください。
- 3 「役員の氏名及び職名」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別添のとおり」と記入し、役員名簿の写しを添付してください。

第2号様式の15 (第2条の16関係)

指定小児慢性特定疾病医療機関休止等届出書

年 月 日

岐阜県知事 様

届出者 (開設者等)

住所又は所在地 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名又は名称 (法人にあつては、名称及び代表者氏名)

印

児童福祉法施行規則第7条の36の規定により、下記のとおり届け出ます。

保険医療機関の区分		病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者
保 険 医 療 機 関 等	名 称	
	所在地	〒
	電話番号	
	医療機関コード	
開 設 者	住所又は所在地	
	氏名又は名称	
代 表 者	住 所	
	氏 名	
届出事由		1 業務の休止      2 業務の廃止      3 業務の再開 4 児童福祉法施行規則第7条の36第2号該当
届出事由が生じた日		年 月 日
現に医療費受給を受けている者 に対する措置 (休止又は廃止する 場合のみ)		

- 備考 1 「医療機関等コード」は、病院又は診療所の場合は医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業所の場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 2 「開設者」の欄について、法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者氏名を記入してください。
- 3 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。

## 第2号様式の16 (第2条の17関係)

## 指定小児慢性特定疾病医療機関指定辞退申出書

年 月 日

岐阜県知事 様

届出者 (開設者等)

住所又は所在地 (法人にあつては、主たる事務所の所在地)

氏名又は名称 (法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

印

児童福祉法施行規則第7条の37の規定により、小児慢性特定疾病医療機関の指定の辞退を申し出ます。

医療機関の区分		病院又は診療所 ・ 薬局 ・ 指定訪問看護事業者
保 険 医 療 機 関 等	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	医療機関コード	
開 設 者	住所又は所在地	
	氏名又は名称	
代 表 者	住 所	
	氏 名	
指定を受けた年月日		年 月 日
指定を辞退する年月日		年 月 日
辞退の理由		

- 備考 1 「医療機関コード」は、病院又は診療所の場合は医療機関コードを、薬局の場合は保険薬局コードを、指定訪問看護事業所の場合は訪問看護ステーションコードを記入してください。
- 2 「開設者」の欄について、法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに名称及び代表者氏名を記入してください。
- 3 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成二十七年一月一日から施行する。

(準備行為)

2 児童福祉法の一部を改正する法律(平成二十六年法律第四十七号)附則第四条第五項及び第十項の規定により同法の施行前においても行うことができることとされた指定医の指定及び医療費支給認定の手続、指定小児慢性特定疾病医療機関の指定の手続その他の行為は、この規則の施行前においても、改正後の第二条の三から第一条の五まで、第二条の七、第二条の八、第二条の十、第二条の十三及び第二条の十五の規定の例により行うものとする。

知事の権限に属する事務に係る事務処理の特例に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十六年十一月十三日

岐阜県知事 古 田 肇

岐阜県規則第九十四号の七

知事の権限に属する事務に係る事務処理の特例に関する規則の一部を改正する規則

知事の権限に属する事務に係る事務処理の特例に関する規則(平成十二年岐阜県規則第四十六号)の一部を次のように改正する。

第三条の次に次の一条を加える。

(条例別表第一五十四の二の項の規則で定める事務)

第四条 条例別表第一五十四の二の項の規則で定める事務は、次に掲げるものとする。

一 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則(平成二十六年厚生労働省令第百二十一号。以下この条において「省令」という。)第四条第一項の規定による特定医療費の支給に係る請求書を受け付け、及び知事に送付すること。

二 省令第十二条第一項の申請書及び同条第二項に規定する添付書類を受け付け、及び知事に送付すること。

三 省令第十三条第二項の届出書及び医療受給者証並びに同条第三項に規定する添付

書類を受け付け、及び知事に送付すること。

四 省令第二十七第一項の申請書及び同条第二項の医療受給者証を受け付け、及び知事に送付すること。

五 省令第二十七条第三項の規定により医療受給者証の返還を受け、及び知事に送付すること。

六 省令第三十三条第一項の申請書及び同条第二項に規定する添付書類を受け付け、及び知事に送付すること。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

平成二十六年十一月十三日発行

発行者  
発行所

岐阜市藪田南二丁目一番一  
岐阜県庁

編

集

岐阜市三輪ふりとびあ十三  
岐阜文芸社