

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26年12月26日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第74号

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

児童福祉法施行細則（平成2年香川県規則第28号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p><u>（医療費支給認定の申請）</u> 第2条 <u>法第19条の3第1項の規定による申請は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（第1号様式）によりしなければならない。</u> 2. <u>前項の申請は、申請者の居住地を所管する保健所長を経由しなければならない。</u></p> <p>第3条から第5条まで 削除</p> <p>第6条の2 削除</p> <p><u>（費用の徴収等）</u> 第19条 法第56条第2項の規定により本人又はその扶養義務者（以下「納入義務者」という。）から徴収する費用（以下「徴収金」という。）の額は、納入義務者の負担能力を調査して、知事が別に定める基準により決定する。</p> <p>2 知事は、災害その他の事由により、納入義務者に経済上の著しい変動があったときは、徴収金の額を変更することができる。</p>	<p>第2条から第5条まで 削除</p> <p><u>（小児慢性特定疾患医療の給付の申請）</u> 第6条の2 <u>法第21条の5の規定による医療の給付を受けようとするときは、当該医療の給付を受けようとする児童（政令第23条の2に規定する者を含む。以下「児童等」という。）の親権を行う者又は未成年者後見人が、小児慢性特定疾患医療受診券交付申請書（第8号様式の2）に知事が当該医療の給付を行うことを委託した医療機関の医師が作成した小児慢性特定疾患医療意見書を添えて知事に申請しなければならない。</u> 2 <u>前項の規定による申請は、当該申請に係る児童等の居住地を所管する保健所長を経由しなければならない。</u></p> <p><u>（費用の徴収等）</u> 第19条 法第56条第2項の規定により本人又はその扶養義務者（以下「納入義務者」という。）から徴収する費用（以下「徴収金」という。）の額又は同条第5項の規定により納入義務者に対して支払を命ずる費用（以下「支払命令金」という。）の額は、納入義務者の負担能力を調査して、知事が別に定める基準により決定する。</p> <p>2 知事は、災害その他の事由により、納入義務者に経済上の著しい変動があったときは、徴収金の額又は支払命令金の額を変更することができる。</p>

第1号様式 (第2条関係)

(表)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 (新規・更新)

年 月 日

香 川 県 知 事 殿

申請者 (受診者の保護者) 住 所
 ぶ り が な
 氏 名
 受診者との続柄
 電 話 番 号 () -

次のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給の認定を申請します。

受診者	ふりがな	性別	男 ・ 女	
	氏 名	生年 月 日	年 月 日 生 (歳)	
	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	全国健保・健組・共済・船員・国保・国組	被保険 者証	記号
	被保険者証 発行機関名		番 号	
※該当する 階層区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得			
自己負担上 限額の特例	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 重症患者認定	<input type="checkbox"/> 高額治療継続	<input type="checkbox"/> 世帯内按分特例
疾病名	現在の受給者番号 (更新の場合に記入)			
指定難病の受給者番号 (受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合に記入)			受給者番号 :	
受診を希望する 指定小児慢性 特定疾病医療 機関	医療機関名	所在地	電話番号	
医療費支給認 定基準世帯員 (受診者の加 入している医 療保険の被保 険者等)	氏 名	受診者との続柄	氏 名	受診者との続柄

第1号様式から第5号様式まで 削除

(裏)

医療費算定対象世帯員（受診者と生計を一にする者）が指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成対象者である場合は、次の欄に記入すること。

氏名	受診者との続柄		
		<input type="checkbox"/> 指定難病 (受給者番号:)	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (受給者番号:)
		<input type="checkbox"/> 指定難病 (受給者番号:)	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (受給者番号:)
		<input type="checkbox"/> 指定難病 (受給者番号:)	<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病 (受給者番号:)

備考		保健所記入欄		
		保健所受付印	保健所長の意見	
			生保	自己負担上限額 特例等
			低Ⅰ	
			低Ⅱ	
			般Ⅰ	
般Ⅱ				
上位				

(注)

- 1 「新規・更新」の部分は、いずれかを○で囲むこと。
- 2 ※印の欄は、該当するものを○で囲むこと。
- 3 □については、該当するものに「」を記入すること。
- 4 「指定難病の医療費助成対象者」とは、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7条第1項に規定する支給認定を受けた指定難病の患者をいう。
- 5 「小児慢性特定疾病の医療費助成対象者」とは、児童福祉法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等をいう。
- 6 申請者（受診者の保護者）の氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第2号様式から第5号様式まで 削除

第8号様式の2 削除

第8号様式の2 (第6条の2関係)

小児慢性特定疾患医療受診券交付申請書 (新規・継続)

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 住 所
氏 名
電話番号 ()
受診者との続柄

次のとおり小児慢性特定疾患医療受診券の交付を申請します。

受	ふりがな		性 別	男・女		
	氏 名		生年月日	年 月 日生 (歳)		
診	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・組・共・国		被保険者証の 記号及び番号	
		被保険者証 発 行 機 関	名 称	所在地		
生 計 中心者	氏 名		受診者との続柄			
	住 所	今回申請する受診者以外に既に同一生計内で受診券の交付を受けている者 有 (氏名) 無				
疾 患 名				受給者番号 (継続のみ記入)		
医 療 機 関	名 称					
	所在地					
	* 受付保健所名 及び受付年月日			* 保健所長の 意 見		
				* 備 考		
	* 治療研究期間					
	* 治療研究決定番号				* 決定年月日	

(注)

- *印の欄は、記入しないこと。
- 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

附 則

この規則は、平成27年1月1日から施行する。