

福岡県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則(平成26年福岡県規則第57号)新旧対照表

改正後	現行																																																																					
<p>様式第1号別紙1 特定医療費(指定難病)支給認定等 個人番号記載票(新規・更新・変更^{第1}・転入共通)</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">平成28年1月1日に「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が施行されたことに伴い、受診者本人、保護者及び支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)を記入していただく必要があります。</p> <p>1 受診者</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">受診者 氏名</td> <td style="width: 45%; text-align: center;">個人番号(マイナンバー)※2</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">受給者番号(新規の場合は記入不要)</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>2 保護者 (「特定医療費(指定難病)支給認定申請書」の保護者欄に記入した方の個人番号を記入してください。)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">保護者</td> <td style="width: 85%; text-align: center;">個人番号(マイナンバー)※3</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table> <p>3 支給認定基準世帯員 (「特定医療費(指定難病)支給認定申請書」の支給認定基準世帯員欄に記入した方について記入してください。)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">支給認定基準世帯員氏名</th> <th style="width: 10%;">生年月日</th> <th style="width: 75%;">個人番号(マイナンバー)※4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>代理人(受診者本人又は保護者以外)が窓口に来られる場合は以下の「委任状」の記入が必要です。 ※提出の代行のみの場合は不要です。また法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要です。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">委 任 状</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">委任者(受診者又は保護者) 住所 氏名 印 (自署する場合は、押印を省略することができます)</p> <p>私は、次の者を代理人として、特定医療費(指定難病)の支給に係る申請・届出事務に関して個人番号(マイナンバー)の利用、提供等の取扱いを委任します。</p> <p style="text-align: right;">代理人 住所 氏名</p> </div> <p>★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。</p>	受診者 氏名	個人番号(マイナンバー)※2	受給者番号(新規の場合は記入不要)				保護者	個人番号(マイナンバー)※3			支給認定基準世帯員氏名	生年月日	個人番号(マイナンバー)※4	①	明・大・昭・平・令 年 月 日		②	明・大・昭・平・令 年 月 日		③	明・大・昭・平・令 年 月 日		④	明・大・昭・平・令 年 月 日		⑤	明・大・昭・平・令 年 月 日		⑥	明・大・昭・平・令 年 月 日		<p>様式第1号別紙1 特定医療費(指定難病)支給認定等 個人番号記載票(新規・更新・変更^{第1}・転入共通)</p> <p style="border: 1px dashed black; padding: 2px;">平成28年1月1日に「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が施行されたことに伴い、受診者本人、保護者及び支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)を記入していただく必要があります。</p> <p>1 受診者</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">受診者 氏名</td> <td style="width: 45%; text-align: center;">個人番号(マイナンバー)※2</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">受給者番号(新規の場合は記入不要)</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>2 保護者 (「特定医療費(指定難病)支給認定申請書」の保護者欄に記入した方の個人番号を記入してください。)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">保護者</td> <td style="width: 85%; text-align: center;">個人番号(マイナンバー)※3</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table> <p>3 支給認定基準世帯員 (「特定医療費(指定難病)支給認定申請書」の支給認定基準世帯員欄に記入した方について記入してください。)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">支給認定基準世帯員氏名</th> <th style="width: 5%;">性別</th> <th style="width: 10%;">生年月日</th> <th style="width: 70%;">個人番号(マイナンバー)※4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>③</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>④</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>代理人(受診者本人又は保護者以外)が窓口に来られる場合は以下の「委任状」の記入が必要です。 ※提出の代行のみの場合は不要です。また法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要です。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px;"> <p style="text-align: center;">委 任 状</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">委任者(受診者又は保護者) 住所 氏名 印 (自署する場合は、押印を省略することができます)</p> <p>私は、次の者を代理人として、特定医療費(指定難病)の支給に係る申請・届出事務に関して個人番号(マイナンバー)の利用、提供等の取扱いを委任します。</p> <p style="text-align: right;">代理人 住所 氏名</p> </div> <p>★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。</p>	受診者 氏名	個人番号(マイナンバー)※2	受給者番号(新規の場合は記入不要)				保護者	個人番号(マイナンバー)※3			支給認定基準世帯員氏名	性別	生年月日	個人番号(マイナンバー)※4	①	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		②	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		③	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		④	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		⑤	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		⑥	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	
受診者 氏名	個人番号(マイナンバー)※2	受給者番号(新規の場合は記入不要)																																																																				
保護者	個人番号(マイナンバー)※3																																																																					
支給認定基準世帯員氏名	生年月日	個人番号(マイナンバー)※4																																																																				
①	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																					
②	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																					
③	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																					
④	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																					
⑤	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																					
⑥	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																					
受診者 氏名	個人番号(マイナンバー)※2	受給者番号(新規の場合は記入不要)																																																																				
保護者	個人番号(マイナンバー)※3																																																																					
支給認定基準世帯員氏名	性別	生年月日	個人番号(マイナンバー)※4																																																																			
①	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																				
②	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																				
③	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																				
④	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																				
⑤	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																				
⑥	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																				

福岡県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則(平成26年福岡県規則第57号)新旧対照表

改正後	現行
<p>(裏面) (注意事項)</p> <p>※1 変更の場合、保護者や支給認定基準世帯員に変更があった場合のみ、この「個人番号記載票」の提出が必要です。</p> <p>※2 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に替えることができる場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の1(1)あるいは2(1)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。 更新申請を受診者本人が行う場合で、申請の添付書類に特定医療費受給者証と健康保険証が含まれている場合は以下1(2)②を満たすため、申請者の身元確認書類は改めて提示不要(申請者の個人番号の確認書類は必要)。 <p><u>個人番号(マイナンバー)に係る必要書類</u> (☐は窓口確認欄ですので、記入不要です。)</p> <p>1 申請者が「受診者本人又は保護者」の場合</p> <p>(1)申請者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認) 次のいずれか1点を提示</p> <p>申請者の ☐ 個人番号カード(裏面) ☐ 通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書</p> <p>(2)申請者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認) ①か②のいずれかを提示</p> <p>①以下の顔写真付の書類はいずれか1点 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書 ☐ 旅券 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 在留カード ☐ 特別永住者証明書 ☐ 官公署等が発行する証明書(写真あり)()</p> <p>②以下の書類は2点以上 ☐ 特定医療費受給者証 ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 官公署等が発行する証明書(写真なし)(①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) ☐ 個人番号が記載されていない住民票の写し)</p> <p>2 申請者が「受診者本人又は保護者」以外の場合(代理人)</p> <p>(1)受診者又は保護者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認) 次のいずれか1点を提示</p> <p>受診者又は保護者の ☐ 個人番号カード(裏面) ☐ 通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書</p> <p>(2)代理人の身元確認 ①か②のいずれかを提示</p> <p>①以下の顔写真付の書類はいずれか1点 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書 ☐ 旅券 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 在留カード ☐ 特別永住者証明書 ☐ 官公署等が発行する証明書(写真あり)()</p> <p>②以下の書類は2点以上 ☐ 特定医療費受給者証 ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 官公署等が発行する証明書(写真なし)(①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) ☐ 個人番号が記載されていない住民票の写し)</p> <p>(3)代理権の確認 次のいずれか1点を提示</p> <p>☐ 法定代理人であることを証する書類〔戸籍謄本などその他資格を証明する書類〕 ☐ 委任状(個人番号記載票の下部)</p> <p>※3 申請者が保護者の場合、受診者の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。</p> <p>※4 支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。</p>	<p>(裏面) (注意事項)</p> <p>※1 変更の場合、保護者や支給認定基準世帯員に変更があった場合のみ、この「個人番号記載票」の提出が必要です。</p> <p>※2 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に替えることができる場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の1(1)あるいは2(1)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。 更新申請を受診者本人が行う場合で、申請の添付書類に特定医療費受給者証と健康保険証が含まれている場合は以下1(2)②を満たすため、申請者の身元確認書類は改めて提示不要(申請者の個人番号の確認書類は必要)。 <p><u>個人番号(マイナンバー)に係る必要書類</u> (☐は窓口確認欄ですので、記入不要です。)</p> <p>1 申請者が「受診者本人又は保護者」の場合</p> <p>(1)申請者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認) 次のいずれか1点を提示</p> <p>申請者の ☐ 個人番号カード(裏面) ☐ 通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書</p> <p>(2)申請者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認) ①か②のいずれかを提示</p> <p>①以下の顔写真付の書類はいずれか1点 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書 ☐ 旅券 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 在留カード ☐ 特別永住者証明書 ☐ 官公署等が発行する証明書(写真あり)()</p> <p>②以下の書類は2点以上 ☐ 特定医療費受給者証 ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 官公署等が発行する証明書(写真なし)(①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) ☐ 個人番号が記載されていない住民票の写し)</p> <p>2 申請者が「受診者本人又は保護者」以外の場合(代理人)</p> <p>(1)受診者又は保護者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認) 次のいずれか1点を提示</p> <p>受診者又は保護者の ☐ 個人番号カード(裏面) ☐ 通知カード ☐ 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書</p> <p>(2)代理人の身元確認 ①か②のいずれかを提示</p> <p>①以下の顔写真付の書類はいずれか1点 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書 ☐ 旅券 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 在留カード ☐ 特別永住者証明書 ☐ 官公署等が発行する証明書(写真あり)()</p> <p>②以下の書類は2点以上 ☐ 特定医療費受給者証 ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 児童扶養手当証書 ☐ 特別児童扶養手当証書 ☐ 官公署等が発行する証明書(写真なし)(①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) ☐ 個人番号が記載されていない住民票の写し)</p> <p>(3)代理権の確認 次のいずれか1点を提示</p> <p>☐ 法定代理人であることを証する書類〔戸籍謄本などその他資格を証明する書類〕 ☐ 委任状(個人番号記載票の下部)</p> <p>※3 申請者が保護者の場合、受診者の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。</p> <p>※4 支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。</p>

改正後	現行																																																																									
<p style="text-align: center;">様式第4号別紙1</p> <p style="text-align: center;">特定医療費(指定難病)支給認定等 個人番号記載票</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>平成28年1月1日に「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が施行されたことに伴い、受診者本人、保護者及び支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)を記入していただく必要があります。</p> </div> <p>1 受診者</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width:10%;">受診者 氏名</td> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:20%; text-align: center;">個人番号(マイナンバー)※2</td> <td style="width:20%; text-align: center;">受給者番号(新規の場合は記入不要)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>2 保護者 (「特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届」の保護者欄に記入した方の個人番号を記入してください。)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%; text-align: center;">個人番号(マイナンバー)※3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">保護者</td> <td></td> </tr> </table> <p>3 支給認定基準世帯員 (「特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届」の支給認定基準世帯員欄に記入した方について記入してください。)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">支給認定基準世帯員氏名</th> <th style="width:15%;">生年月日</th> <th style="width:70%;">個人番号(マイナンバー)※4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>③</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>④</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>代理人(受診者本人又は保護者以外)が窓口に来られる場合は以下の「委任状」の記入が必要です。 ※提出の代行のみの場合は不要です。また法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要です。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center;">委 任 状</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">委任者(受診者又は保護者)</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">(自署する場合は、押印を省略することができます)</p> <p>私は、次の者を代理人として、特定医療費(指定難病)の支給に係る申請・届出事務に関して個人番号(マイナンバー)の利用、提供等の取扱いを委任します。</p> <p style="text-align: right;">代理人</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> </div> <p>★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。</p>	受診者 氏名		個人番号(マイナンバー)※2	受給者番号(新規の場合は記入不要)						個人番号(マイナンバー)※3	保護者		支給認定基準世帯員氏名	生年月日	個人番号(マイナンバー)※4	①	明・大・昭・平・令 年 月 日		②	明・大・昭・平・令 年 月 日		③	明・大・昭・平・令 年 月 日		④	明・大・昭・平・令 年 月 日		⑤	明・大・昭・平・令 年 月 日		⑥	明・大・昭・平・令 年 月 日		<p style="text-align: center;">様式第4号別紙1</p> <p style="text-align: center;">特定医療費(指定難病)支給認定等 個人番号記載票</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>平成28年1月1日に「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」が施行されたことに伴い、受診者本人、保護者及び支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)を記入していただく必要があります。</p> </div> <p>1 受診者</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width:10%;">受診者 氏名</td> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:20%; text-align: center;">個人番号(マイナンバー)※2</td> <td style="width:20%; text-align: center;">受給者番号(新規の場合は記入不要)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>2 保護者 (「特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届」の保護者欄に記入した方の個人番号を記入してください。)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%; text-align: center;">個人番号(マイナンバー)※3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">保護者</td> <td></td> </tr> </table> <p>3 支給認定基準世帯員 (「特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届」の支給認定基準世帯員欄に記入した方について記入してください。)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">支給認定基準世帯員氏名</th> <th style="width:5%;">性別</th> <th style="width:15%;">生年月日</th> <th style="width:65%;">個人番号(マイナンバー)※4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>②</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>③</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>④</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑤</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>⑥</td> <td style="text-align: center;">男・女</td> <td>明・大・昭・平・令 年 月 日</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>代理人(受診者本人又は保護者以外)が窓口に来られる場合は以下の「委任状」の記入が必要です。 ※提出の代行のみの場合は不要です。また法定代理人が戸籍謄本などその資格を証明する書類を提示する場合は不要です。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center;">委 任 状</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">委任者(受診者又は保護者)</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名 印</p> <p style="text-align: center;">(自署する場合は、押印を省略することができます)</p> <p>私は、次の者を代理人として、特定医療費(指定難病)の支給に係る申請・届出事務に関して個人番号(マイナンバー)の利用、提供等の取扱いを委任します。</p> <p style="text-align: right;">代理人</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p> </div> <p>★裏面の注意事項を参照の上、ご記入ください。</p>	受診者 氏名		個人番号(マイナンバー)※2	受給者番号(新規の場合は記入不要)						個人番号(マイナンバー)※3	保護者		支給認定基準世帯員氏名	性別	生年月日	個人番号(マイナンバー)※4	①	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		②	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		③	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		④	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		⑤	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日		⑥	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日	
受診者 氏名		個人番号(マイナンバー)※2	受給者番号(新規の場合は記入不要)																																																																							
	個人番号(マイナンバー)※3																																																																									
保護者																																																																										
支給認定基準世帯員氏名	生年月日	個人番号(マイナンバー)※4																																																																								
①	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																									
②	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																									
③	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																									
④	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																									
⑤	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																									
⑥	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																									
受診者 氏名		個人番号(マイナンバー)※2	受給者番号(新規の場合は記入不要)																																																																							
	個人番号(マイナンバー)※3																																																																									
保護者																																																																										
支給認定基準世帯員氏名	性別	生年月日	個人番号(マイナンバー)※4																																																																							
①	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																								
②	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																								
③	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																								
④	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																								
⑤	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																								
⑥	男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日																																																																								

福岡県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則(平成26年福岡県規則第57号)新旧対照表

改正後	現行
<p>(裏面)</p> <p>(注意事項)</p> <p>※1 変更の場合、保護者や支給認定基準世帯員に変更があった場合のみ、この「個人番号記載票」の提出が必要です。</p> <p>※2 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に替えることができます場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の1(1)あるいは2(1)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。 更新申請を受診者本人が行う場合で、申請の添付書類に特定医療費受給者証と健康保険証が含まれている場合は以下1(2)②を満たすため、申請者の身元確認書類は改めて提示不要(申請者の個人番号の確認書類は必要)。 <p><u>個人番号(マイナンバー)に係る必要書類</u> (□は窓口確認欄ですので、記入不要です。)</p> <p>1 申請者が「受診者本人又は保護者」の場合</p> <p>(1)申請者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認) 次のいずれか1点を提示</p> <p>申請者の <input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏面) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書</p> <p>(2)申請者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認) ①か②のいずれかを提示 ①以下の顔写真付の書類はいずれか1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行する証明書(写真あり)()</p> <p>②以下の書類は2点以上 <input type="checkbox"/> 特定医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行する証明書(写真なし)((①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されていない住民票の写し)</p> <p>2 申請者が「受診者本人又は保護者」以外の場合(代理人)</p> <p>(1)受診者又は保護者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認) 次のいずれか1点を提示</p> <p>受診者又は保護者の <input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏面) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書</p> <p>(2)代理人の身元確認 ①か②のいずれかを提示 ①以下の顔写真付の書類はいずれか1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行する証明書(写真あり)()</p> <p>②以下の書類は2点以上 <input type="checkbox"/> 特定医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行する証明書(写真なし)((①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されていない住民票の写し)</p> <p>(3)代理権の確認 次のいずれか1点を提示 <input type="checkbox"/> 法定代理人であることを証する書類〔戸籍謄本などその他資格を証明する書類〕 <input type="checkbox"/> 委任状(個人番号記載票の下部)</p> <p>※3 申請者が保護者の場合、受診者の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。</p> <p>※4 支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。</p>	<p>(裏面)</p> <p>(注意事項)</p> <p>※1 変更の場合、保護者や支給認定基準世帯員に変更があった場合のみ、この「個人番号記載票」の提出が必要です。</p> <p>※2 個人番号(マイナンバー)は、「個人番号カード」、「通知カード」、「個人番号が記載された住民票の写し」などを参考に記入してください。また、以下の「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」が必要です。なお、申請の添付書類をもって「個人番号(マイナンバー)に係る必要書類」に替えることができます場合があります。</p> <ul style="list-style-type: none"> 申請の添付書類に個人番号(マイナンバー)が記載されている住民票の写しが含まれている場合、以下の1(1)あるいは2(1)の要件を満たすため、個人番号の確認書類は改めて提示不要(住民票の写しの申請者以外のマイナンバーはペンなどで黒塗りし、読み取れないようにしてください)。 更新申請を受診者本人が行う場合で、申請の添付書類に特定医療費受給者証と健康保険証が含まれている場合は以下1(2)②を満たすため、申請者の身元確認書類は改めて提示不要(申請者の個人番号の確認書類は必要)。 <p><u>個人番号(マイナンバー)に係る必要書類</u> (□は窓口確認欄ですので、記入不要です。)</p> <p>1 申請者が「受診者本人又は保護者」の場合</p> <p>(1)申請者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認) 次のいずれか1点を提示</p> <p>申請者の <input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏面) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書</p> <p>(2)申請者の身元確認(番号の正しい持ち主であることの確認) ①か②のいずれかを提示 ①以下の顔写真付の書類はいずれか1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行する証明書(写真あり)()</p> <p>②以下の書類は2点以上 <input type="checkbox"/> 特定医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行する証明書(写真なし)((①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されていない住民票の写し)</p> <p>2 申請者が「受診者本人又は保護者」以外の場合(代理人)</p> <p>(1)受診者又は保護者の個人番号の確認(正しい番号であることの確認) 次のいずれか1点を提示</p> <p>受診者又は保護者の <input type="checkbox"/> 個人番号カード(裏面) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書</p> <p>(2)代理人の身元確認 ①か②のいずれかを提示 ①以下の顔写真付の書類はいずれか1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行する証明書(写真あり)()</p> <p>②以下の書類は2点以上 <input type="checkbox"/> 特定医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 官公署等が発行する証明書(写真なし)((①氏名及び②生年月日又は住所が記載されているもの) <input type="checkbox"/> 個人番号が記載されていない住民票の写し)</p> <p>(3)代理権の確認 次のいずれか1点を提示 <input type="checkbox"/> 法定代理人であることを証する書類〔戸籍謄本などその他資格を証明する書類〕 <input type="checkbox"/> 委任状(個人番号記載票の下部)</p> <p>※3 申請者が保護者の場合、受診者の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。</p> <p>※4 支給認定基準世帯員の個人番号(マイナンバー)は窓口では正しい番号であるかの確認を行わないため、お間違えのないようご注意ください。</p>

福岡県難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則(平成26年福岡県規則第57号)新旧対照表

改正後	現行																																																								
<p>様式第5号(第5条関係)</p> <p style="text-align: center;">指定医指定申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 〃 住 所 〃 電話番号</p> <p>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6条第1項に規定する医師の指定を受けたので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則(平成26年厚生労働省令第121号)第15条の規定により、下記のとおり申請します。</p>	<p>様式第5号(第5条関係)</p> <p style="text-align: center;">指定医指定申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>福岡県知事 殿</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 〃 住 所 〃 電話番号</p> <p>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6条第1項に規定する医師の指定を受けたので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則(平成26年厚生労働省令第121号)第15条の規定により、下記のとおり申請します。</p>																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">生年月日</td> <td style="width: 15%;">年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>医籍登録番号</td> <td>医 籍 登録年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>申請区分 (いずれかに○)</td> <td colspan="3">難病指定医 ・ 協力難病指定医</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">①又は②のいずれかを記載(※)</td> <td>① 専門医の資格の名称</td> <td>専門医の認定機関</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 研修の名称</td> <td>研修修了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> <p>※ 上記①又は②の記載要領 ①を記載する場合：専門医資格による難病指定医の申請の場合。 ②を記載する場合：都道府県が実施する指定医の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width: 15%;">主たる勤務先の医療機関</td> <td style="width: 15%;">医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〃</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>担当する診療科名</td> <td></td> </tr> </table>	生年月日	年 月 日			医籍登録番号	医 籍 登録年月日	年 月 日		申請区分 (いずれかに○)	難病指定医 ・ 協力難病指定医			①又は②のいずれかを記載(※)	① 専門医の資格の名称	専門医の認定機関		② 研修の名称	研修修了日	年 月 日	主たる勤務先の医療機関	医療機関名		所在地	〃	電話番号		担当する診療科名		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">生年月日</td> <td style="width: 15%;">年 月 日</td> <td style="width: 10%;">性 別</td> <td style="width: 10%;">男 ・ 女</td> </tr> <tr> <td>医籍登録番号</td> <td>医 籍 登録年月日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>申請区分 (いずれかに○)</td> <td colspan="3">難病指定医 ・ 協力難病指定医</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">①又は②のいずれかを記載(※)</td> <td>① 専門医の資格の名称</td> <td>専門医の認定機関</td> <td></td> </tr> <tr> <td>② 研修の名称</td> <td>研修修了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> <p>※ 上記①又は②の記載要領 ①を記載する場合：専門医資格による難病指定医の申請の場合。 ②を記載する場合：都道府県が実施する指定医の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="4" style="width: 15%;">主たる勤務先の医療機関</td> <td style="width: 15%;">医療機関名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>所在地</td> <td>〃</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>担当する診療科名</td> <td></td> </tr> </table>	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女	医籍登録番号	医 籍 登録年月日	年 月 日		申請区分 (いずれかに○)	難病指定医 ・ 協力難病指定医			①又は②のいずれかを記載(※)	① 専門医の資格の名称	専門医の認定機関		② 研修の名称	研修修了日	年 月 日	主たる勤務先の医療機関	医療機関名		所在地	〃	電話番号		担当する診療科名	
生年月日	年 月 日																																																								
医籍登録番号	医 籍 登録年月日	年 月 日																																																							
申請区分 (いずれかに○)	難病指定医 ・ 協力難病指定医																																																								
①又は②のいずれかを記載(※)	① 専門医の資格の名称	専門医の認定機関																																																							
	② 研修の名称	研修修了日	年 月 日																																																						
主たる勤務先の医療機関	医療機関名																																																								
	所在地	〃																																																							
	電話番号																																																								
	担当する診療科名																																																								
生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女																																																						
医籍登録番号	医 籍 登録年月日	年 月 日																																																							
申請区分 (いずれかに○)	難病指定医 ・ 協力難病指定医																																																								
①又は②のいずれかを記載(※)	① 専門医の資格の名称	専門医の認定機関																																																							
	② 研修の名称	研修修了日	年 月 日																																																						
主たる勤務先の医療機関	医療機関名																																																								
	所在地	〃																																																							
	電話番号																																																								
	担当する診療科名																																																								
<p>添付書類</p> <ol style="list-style-type: none"> 経歴書(別紙1) 医師免許証の写し 難病指定医の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類(写し可)又は難病指定医の研修修了を証明する書類(写し可) 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類(写し可) (裏面に続く) 	<p>添付書類</p> <ol style="list-style-type: none"> 経歴書(別紙1) 医師免許証の写し 難病指定医の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類(写し可)又は難病指定医の研修修了を証明する書類(写し可) 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類(写し可) (裏面に続く) 																																																								

改正後		現行	
(裏面)		(裏面)	
○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関		○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関	
1	医療機関名		
	所在地	〒	〒
	電話番号		
	担当する診療科名		
2	医療機関名		
	所在地	〒	〒
	電話番号		
	担当する診療科名		
3	医療機関名		
	所在地	〒	〒
	電話番号		
	担当する診療科名		
4	医療機関名		
	所在地	〒	〒
	電話番号		
	担当する診療科名		
5	医療機関名		
	所在地	〒	〒
	電話番号		
	担当する診療科名		
1	医療機関名		
	所在地	〒	〒
	電話番号		
	担当する診療科名		
2	医療機関名		
	所在地	〒	〒
	電話番号		
	担当する診療科名		
3	医療機関名		
	所在地	〒	〒
	電話番号		
	担当する診療科名		
4	医療機関名		
	所在地	〒	〒
	電話番号		
	担当する診療科名		
5	医療機関名		
	所在地	〒	〒
	電話番号		
	担当する診療科名		

改正後				現行			
(別紙1) 経 歴 書				(別紙1) 経 歴 書			
※5年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。				※5年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。			
年 月 日現在				年 月 日現在			
フリガナ		生 年 月 日		フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名		年 月 日		氏 名		男 ・ 女	年 月 日
診断又は治療に 従事した期間	従事した診療科名	従 事 し た 医 療 機 関 名		診断又は治療に 従事した期間	従事した診療科名	従 事 し た 医 療 機 関 名	
自 年 月				自 年 月			
至 年 月				至 年 月			
自 年 月				自 年 月			
至 年 月				至 年 月			
自 年 月				自 年 月			
至 年 月				自 年 月			
自 年 月				自 年 月			
至 年 月				自 年 月			
自 年 月				自 年 月			
至 年 月				自 年 月			
自 年 月				自 年 月			
至 年 月				自 年 月			
自 年 月				自 年 月			
至 年 月				自 年 月			
自 年 月				自 年 月			
至 年 月				自 年 月			
自 年 月				自 年 月			
至 年 月				自 年 月			
合 計	従 事 期 間	計	年 月 日	合 計	従 事 期 間	計	年 月 日