

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22年9月14日

香川県知事 浜 田 恵 造

香川県規則第55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>第8号様式の2（第6条の2関係）</p> <p style="text-align: right;">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</p> <p>香川県知事 殿 申請者 住 所 氏 名 電話番号（ ） 受診者との続柄</p> <p>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。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者</td> <td>ふりがな</td> <td>性別</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生（歳）</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2">電話番号（ ）</td> </tr> <tr> <td>加入医療保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td>受診者との続柄</td> </tr> <tr> <td></td> <td>保険種別</td> <td>協・組・共・国</td> <td>被保険者証の記号及び番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td>被保険者証名称</td> <td colspan="2">発行機関 所在地</td> </tr> <tr> <td>生計中心者</td> <td>氏名</td> <td colspan="2">受診者との続柄</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>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</td> <td colspan="2">有（氏名） 無</td> </tr> <tr> <td>疾患名</td> <td>受給者番号</td> <td colspan="2">（継続のみ記入）</td> </tr> <tr> <td>医療名称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>機関所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>* 受付保健所名及び受付年月日</td> <td>* 保健所長の意見</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>* 備考</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>* 治療研究期間</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>* 治療研究決定番号</td> <td></td> <td>* 決定年月日</td> <td></td> </tr> </table> <p>(注) 1 *印の欄は、記入しないこと。 2 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。</p>	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	協・組・共・国	被保険者証の記号及び番号		被保険者証名称	発行機関 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）		医療名称				機関所在地				* 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		<p>第8号様式の2（第6条の2関係）</p> <p style="text-align: right;">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</p> <p>香川県知事 殿 申請者 住 所 氏 名 電話番号（ ） 受診者との続柄</p> <p>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。</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">受診者</td> <td>ふりがな</td> <td>性別</td> <td>男・女</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>生年月日</td> <td>年 月 日生（歳）</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td colspan="2">電話番号（ ）</td> </tr> <tr> <td>加入医療保険</td> <td>被保険者氏名</td> <td>受診者との続柄</td> </tr> <tr> <td></td> <td>保険種別</td> <td>政・組・船・共・国</td> <td>被保険者証の記号及び番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td>被保険者証名称</td> <td colspan="2">発行機関 所在地</td> </tr> <tr> <td>生計中心者</td> <td>氏名</td> <td colspan="2">受診者との続柄</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>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</td> <td colspan="2">有（氏名） 無</td> </tr> <tr> <td>疾患名</td> <td>受給者番号</td> <td colspan="2">（継続のみ記入）</td> </tr> <tr> <td>医療名称</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>機関所在地</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>* 受付保健所名及び受付年月日</td> <td>* 保健所長の意見</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>* 備考</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>* 治療研究期間</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>* 治療研究決定番号</td> <td></td> <td>* 決定年月日</td> <td></td> </tr> </table> <p>(注) 1 *印の欄は、記入しないこと。 2 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。</p>	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	政・組・船・共・国	被保険者証の記号及び番号		被保険者証名称	発行機関 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）		医療名称				機関所在地				* 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	
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	協・組・共・国	被保険者証の記号及び番号																																																																																																																								
	被保険者証名称	発行機関 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）																																																																																																																									
医療名称																																																																																																																											
機関所在地																																																																																																																											
* 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																																																																																																																									
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	政・組・船・共・国	被保険者証の記号及び番号																																																																																																																								
	被保険者証名称	発行機関 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）																																																																																																																									
医療名称																																																																																																																											
機関所在地																																																																																																																											
* 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																																																																																																																									

附 則

- この規則は、公布の日から施行する。
- 改正前の第8号様式の2による用紙は、当分の間、修正して使用することができる。