

茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領 新旧対照表

茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染 及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領（新）	茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染 及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領（旧）
<p>第1章 総則</p> <p>1・2（略）</p> <p>3 指定医療機関</p> <p>（1）県は、その開設者の同意を得て <u>12</u> に規定する医療を担当させる病院若しくは診療所（健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第4項に規定する訪問看護を行う者に限る。）又は同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。）を含む。）又は薬局（以下「指定医療機関」という。）を指定する。</p> <p>（2）（略）</p> <p>（3）県は、指定医療機関が <u>12</u> に規定する医療を担当させるについて著しく不相当であると認められる理由があるときは、その指定を取り消すことができる。</p> <p>（4）県は、<u>(3)</u> の規定により指定を取り消す場合には、当該医療機関の開設者に対し、弁明の機会を与えなければならない。この場合においては、あらかじめ書面をもって、弁明をなすべき日時、場所及び当該処分をなすべき理由を通知しなければならない。</p>	<p>第1章 総則</p> <p>1・2（略）</p> <p>3 指定医療機関</p> <p>（1）県は、その開設者の同意を得て <u>第12項</u> に規定する医療を担当させる病院若しくは診療所（健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する指定訪問看護事業者、介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第8条第4項に規定する訪問看護を行う者に限る。）又は同法第53条第1項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。）を含む。）又は薬局（以下「指定医療機関」という。）を指定する。</p> <p>（2）（略）</p> <p>（3）県は、指定医療機関が <u>第12項</u> に規定する医療を担当させるについて著しく不相当であると認められる理由があるときは、その指定を取り消すことができる。</p> <p>（4）県は、<u>前号</u> の規定により指定を取り消す場合には、当該医療機関の開設者に対し、弁明の機会を与えなければならない。この場合においては、あらかじめ書面をもって、弁明をなすべき日時、場所及び当該処分をなすべき理由を通知しなければならない。</p>

#### 4 検討会の開催

緊急措置要綱に基づく環境省が開催する臨床医学等の専門家からなる検討会（以下「検討会」という。）の名称は、ジフェニルアルシン酸に係る健康影響等についての臨床検討会とし、開催要綱は別にこれを定める。

#### 5 (略)

### 第2章 医療手帳

#### 6 医療手帳の交付

##### (1) (略)

(2) (1)の申請は、医療手帳交付申請書（様式第1号）に、住民票の写し及び居住要件等調査票（様式第2号）を添付して、これを県に提出することにより行うものとする。

(3) 県は、(2)の申請書を受理したときは、遅滞なく、環境省が検討会の意見を聴いて別に定めるところにより、当該申請者に係る検体を採取するものとする。

(4) 県は、(2)の申請書を受理したとき、又は(3)の検体を採取したときは、遅滞なく、環境省に回付するものとする。

(5) 環境省は、検討会の意見を聴いて、(4)の回付に係る申請者について5のジフェニルアルシン酸のばく露に係る確認を行い、当該申請者が5の対象者に該当するか否かを審査し、その結果を、遅滞なく県に通知するものとする。

(6) 県は、(5)の規定により当該申請者が5の対象者に該当する者である旨の通知を受けたときは、当該申請者に対し、遅滞なく、医療手帳（様式第3号）を交付するものとし、(5)の規定により

#### 4 検討会の開催

緊急措置要綱に基づく環境省が開催する臨床医学等の専門家からなる検討会（以下「検討会」という。）の名称は、ジフェニルアルシン酸に係る健康影響等についての臨床検討会とし、開催要綱は別に定める。

#### 5 (略)

### 第2章 医療手帳

#### 6 医療手帳の交付

##### (1) (略)

(2) 前号の申請は、医療手帳交付申請書（様式第1号）に、住民票の写し及び居住要件等調査票（様式第2号）を添付して、これを県に提出することにより行うものとする。

(3) 県は、前号の申請を受理したときは、遅滞なく、環境省が検討会の意見を聴いて別に定めるところにより、当該申請者に係る検体を採取するものとする

(4) 県は、第2号の申請書を受理したとき、又は前号の検体を採取したときは、遅滞なく、環境省に回付するものとする。

(5) 環境省は、検討会の意見を聴いて、前号の回付に係る申請者について第5項のジフェニルアルシン酸のばく露に係る確認を行い、当該申請者が同項の対象者に該当するか否かを審査し、その結果を、遅滞なく、県に通知するものとする。

(6) 県は、前号の規定により当該申請者が第5項の対象者に該当する者である旨の通知を受けたときは、当該申請者に対し、遅滞なく、医療手帳（様式第3号）を交付するものとし、同号の規定によ

5の対象者に該当する者でない旨の通知を受けたときは、当該申請者に対し、医療手帳交付申請結果通知書（様式第4号）を送付するものとする。

(7) (2)の申請書の提出は、環境省が検討会の意見を聴いて別に定める日までに行わなければならない。

(8) (略)

7 (略)

8 医療手帳の再交付

(1) 6 (6)の規定により医療手帳の交付を受けた者（以下「医療手帳保持者」という。）は、医療手帳をき損し、又は紛失したときは、医療手帳再交付申請書（様式第7号）を県に提出し、再交付を申請することができる。

(2) 医療手帳をき損した医療手帳保持者が(1)の申請をしようとするときは、その申請には、き損した医療手帳を添付しなければならない。

(3) (1)の規定により医療手帳の再交付を受けた者は、医療手帳の再交付を受けた後、紛失した医療手帳を発見したときは、速やかに、これを県に返還しなければならない。

9 (略)

10 医療手帳の失効等

(1) (略)

(2) (1)の場合には、戸籍法（昭和22年法律第224号）第87条の規定による死亡の届出義務者は、医療手帳返還届（様式第8号）により、速やかに、医療手帳を県に返還しなければならない。

り同項の対象者に該当する者でない旨の通知を受けたときは、当該申請者に対し、医療手帳交付申請結果通知書（様式第4号）を送付するものとする。

(7) 第1号の申請書の提出は、環境省が検討会の意見を聴いて別に定める日までに行わなければならない。

(8) (略)

7 (略)

8 医療手帳の再交付

(1) 第6項第6号の規定により医療手帳の交付を受けた者（以下「医療手帳保持者」という。）は、医療手帳をき損し、又は紛失したときは、医療手帳再交付申請書（様式第7号）を県に提出し、再交付を申請することができる。

(2) 医療手帳をき損した医療手帳保持者が前号の申請をしようとするときは、同号の申請には、き損した医療手帳を添付しなければならない。

(3) 第1号の規定により医療手帳の再交付を受けた者は、医療手帳の再交付を受けた後、紛失した医療手帳を発見したときは、速やかに、これを県に返還しなければならない。

9 (略)

10 医療手帳の失効等

(1) (略)

(2) 前号の場合には、戸籍法（昭和22年法律第224号）第87条の規定による死亡の届出義務者は、医療手帳返還届（様式第8号）により、速やかに、医療手帳を県に返還しなければならない。

(3) (略)

(4) (3)の規定により返還を命じられた医療手帳保持者は、医療手帳返還届により、速やかに、医療手帳を県に返還しなければならない。

#### 11 氏名、住所等の変更による届出

(1) 医療手帳保持者が、氏名又は住所等を変更したときは、氏名等変更届出書（様式第9号）に医療手帳及び住民票等の写しを添えて、速やかに、県に提出しなければならない

(2) 県は、(1)の規定により提出された氏名等変更届出書を受理したときは、当該届出書に添えて提出された医療手帳の当該事項を訂正して、これをその者に返付し、又は新たに医療手帳を作成して交付するものとする。

### 第3章 医療等の給付

#### 12 医療の給付

(1) 県は、医療手帳保持者（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の規定による被保険者、健康保険法、船員保険法（昭和14年法律第73号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）又は私立学校教職員共済組合法（昭和28年法律第245号）の規定による被保険者又は被扶養者、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定による被保険者及び介護保険法の規定による要介護者又は要支援者に限る。以下12において同じ。）が疾病等（ジフェニルアルシン酸のばく露に起因するものでないことが明らかな疾病等及び明らかになった疾病等として環境省が検討会の意見を聴

(3) (略)

(4) 前号の規定により返還を命じられた医療手帳保持者は、医療手帳返還届により、速やかに、医療手帳を県に返還しなければならない。

#### 11 氏名、住所の変更による届出

(1) 医療手帳保持者が、氏名又は住所を変更したときは、氏名等変更届出書（様式第9号）に医療手帳及び住民票の写しを添えて、速やかに、県に提出しなければならない

(2) 県は、前号の規定により提出された氏名等変更届出書を受理したときは、当該届出書に添えて提出された医療手帳の当該事項を訂正して、これをその者に返付し、又は新たに医療手帳を作成して交付するものとする。

### 第3章 医療等の給付

#### 12 医療の給付

(1) 県は、医療手帳保持者（国民健康保険法（昭和33年法律第192号）の規定による被保険者、健康保険法、船員保険法（昭和14年法律第73号）、国家公務員共済組合法（昭和33年法律第128号）、地方公務員等共済組合法（昭和37年法律第152号）又は私立学校教職員共済組合法（昭和28年法律第245号）の規定による被保険者又は被扶養者、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定による被保険者及び介護保険法の規定による要介護者又は要支援者に限る。以下この項において同じ。）が疾病等（ジフェニルアルシン酸のばく露に起因するものでないことが明らかな疾病等及び明らかになった疾病等として環境省が検討会の意見

いて別に定めるものを除く。16（2）を除き、以下同じ。）について、医療機関（健康保険法に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者若しくは指定介護予防サービス事業者を含む。）又は薬局（以下「医療機関等」という。）の医療を受けたときは、その者に対して当該医療に要した費用の額を限度として医療費を支給する。ただし、当該医療について他の法令の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けている者を除くものとする。

(2) (1)の医療費の額は、「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）」、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第99号）」、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）」、

「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生労働省告示第19号）」、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）」及び「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）」により算出した額の合計額から医療保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律又は介護保険法の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額を限度とする。

(3)・(4) (略)

(5) (4)の規定による支払いがあったときは、当該医療手帳保持者に対して、医療費の支給があったものとみなす。

(6) 医療手帳保持者は、緊急その他やむを得ない理由により指定医

を聴いて別に定めるものを除く。第16項第2号を除き、以下同じ。）について、医療機関（健康保険法に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者若しくは指定介護予防サービス事業者を含む。）又は薬局（以下「医療機関等」という。）の医療を受けたときは、その者に対して当該医療に要した費用の額を限度として医療費を支給する。ただし、当該医療について他の法令の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けている者を除くものとする。

(2) 前号の医療費の額は、「診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）」、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第99号）」、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法（平成20年厚生労働省告示第67号）」、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生労働省告示第19号）」、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）」及び「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）」により算出した額の合計額から医療

保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律又は介護保険法の規定による医療に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額を限度とする。

(3)・(4) (略)

(5) 前号の規定による支払いがあったときは、当該医療手帳保持者に対して、医療費の支給があったものとみなす。

(6) 医療手帳保持者は、緊急その他やむを得ない理由により指定医

療機関以外の医療機関等で疾病等について医療を受けたときは、(2)の費用を県に請求することができる。

(7) (6)の請求をしようとする者は、医療を受けた後、速やかに、医療費支給申請書（様式第10号）を県に提出しなければならない。

(8) 県は、(6)の請求があった場合において、必要があると認めるときは、当該医療手帳保持者に対し、医療費を支給するものとする。

#### 13 療養手当の支給

(1) 県は、医療手帳保持者が、その月において、次の各号に掲げる場合に該当するときは、その者の請求により、その者に対し、次に掲げる額を療養手当として支給するものとする。

一 14の規定による健康診査を受けた場合又は疾病等について通院により12(1)に規定する医療（以下13において同じ。）を受けた場合（二に該当する場合を除く。） 15,000円

二 疾病等について入院により医療を受けた場合 25,000円

(2) (1)の請求は、疾病等について医療機関等の医療を受け、又は14に規定する健康診査を受けた各月分につき、当該医療又は健康診査を受けた翌月の末日までに療養手当支給申請書（様式第11号）を県に提出することにより行わなければならない。

(3) (略)

### 第4章 健康診査等

#### 14 健康診査の実施

県は、医療手帳保持者に対して、環境省が検討会の意見を聴いて

療機関以外の医療機関等で疾病等について医療を受けたときは、第2号の費用を県に請求することができる。

(7) 前号の請求をしようとする者は、医療を受けた後、速やかに、医療費支給申請書（様式第10号）を県に提出しなければならない。

(8) 県は、第6号の請求があった場合において、必要があると認めるときは、当該医療手帳保持者に対し、医療費を支給する。

#### 13 療養手当の支給

(1) 県は、医療手帳保持者が、その月において、次の各号に掲げる場合に該当するときは、その者の請求により、その者に対し、それぞれ次に掲げる額を療養手当として支給する。

一 次項の規定による健康診査を受けた場合又は疾病等について通院により前項第1号に規定する医療（以下この項において同じ。）を受けた場合（二に該当する場合を除く。） 一万五千元

二 疾病等について入院により医療を受けた場合 二万五千元

(2) 前号の請求は、疾病等について医療機関等の医療を受け、又は次項に規定する健康診査を受けた各月分につき、当該医療又は健康診査を受けた翌月の末日までに療養手当支給申請書（様式第11号）を県に提出することにより行わなければならない。

(3) (略)

### 第4章 健康診査等

#### 14 健康診査の実施

県は、医療手帳保持者に対して、環境省が検討会の意見を聴いて

別に定めるところにより健康診査を実施する。

15 (略)

## 第5章 健康管理調査

### 16 健康管理調査の対象者

(1) (略)

(2) (1)の健康管理調査依頼書の送付を受けた者は、17に規定する調査に協力する旨の同意をするときは、県に対し、健康管理調査同意書(様式第13号)を提出するものとする。この場合において、入院歴(ジフェニルアルシンのばく露に起因するものでないことが明らかな疾病等として環境省が検討会の意見を聴いて別に定めるものに係るものを除き、環境省が検討会の意見を聴いて別に定める期間に係るものに限る。以下同じ。)がある者にあつては、当該健康管理調査同意書に入院証明書(様式第14号)を添付しなければならない。

(3) 県は、(2)の規定により健康管理調査同意書の提出を受けたときは、遅滞なく、当該健康管理調査同意書を環境省に回付するものとする。

### 17 健康管理調査の実施

(1) 16(2)の健康管理調査同意書を提出した者(以下「健康管理調査対象者」という。)は、次の調査に協力するものとする。

- 一 緊急措置要綱に基づく調査票(以下「健康管理調査票」という。)の作成その他の健康状態等に関する調査

別に定めるところにより健康診査を年1回実施する。

15 (略)

## 第5章 健康管理調査

### 16 健康管理調査の対象者

(1) (略)

(2) 前号の健康管理調査依頼書の送付を受けた者は、次項に規定する調査に協力する旨の同意をするときは、県に対し、健康管理調査同意書(様式第13号)を提出するものとする。この場合において、入院歴(ジフェニルアルシンのばく露に起因するものでないことが明らかな疾病等として環境省が検討会の意見を聴いて別に定めるものに係るものを除き、環境省が検討会の意見を聴いて別に定める期間に係るものに限る。以下同じ。)がある者にあつては、当該健康管理調査同意書に入院証明書(様式第14号)を添付しなければならない。

(3) 県は、前号の規定により健康管理調査同意書の提出を受けたときは、遅滞なく、当該健康管理調査同意書を環境省に回付するものとする。

### 17 健康管理調査の実施

(1) 前項第2号の健康管理調査同意書を提出した者(以下「健康管理調査対象者」という。)は、次の調査に協力するものとする。

- 一 この要領の施行の日から起算して3年を経過した日の属する月までの間においては、緊急措置要綱に基づく報告票(以下「健康管理調査報告票」という。)の作成その他の健康状態等に関する調査

二 (略)

(2) 健康管理調査対象者は、当該月に係る健康管理調査票を、その月の翌月 10 日までに県に提出するものとする。

(3) (1) に規定する調査の内容及び方法については、検討会の意見を聴いて環境省が別に定める。

#### 18 健康管理調査費用等の支給

(1) 県は、健康管理調査対象者が 17 (1) 一に規定する調査に協力する場合には、当該対象者に対し、健康管理調査費用として、1 月につき 20,000 円を支給する。

(2) 県は、健康管理調査対象者が 17 (1) 二に規定する調査に協力する場合には、次に掲げる区分に応じて、それぞれ次に掲げる額の健康管理調査協力金を支給する。

- 一 当該対象者に入院歴がある場合 700,000 円
- 二 当該対象者に入院歴がない場合 300,000 円

### 第 6 章 精神発達調査

#### 19 精神発達調査の対象者

(1) 県は、医療手帳保持者であって、小児期にジフェニルアルシン酸にばく露し、精神遅滞がみられたものであって、14 の健康診査の結果等をもとに、検討会の意見を聴いて調査の必要があると環境省が認めた者に対し、精神発達調査依頼書（様式第 15 号）を送付するものとする。

(2) (1) の精神発達調査依頼書の送付を受けた者のうち、20 に規定する調査に協力する旨の同意をするときは、県に対し、精神発達調査同意書（様式第 16 号）を提出するものとする。

二 (略)

(2) 健康管理調査対象者は、当該月に係る健康管理調査報告票を、その月の翌月 10 日までに県に提出するものとする。

(3) 第 1 号に規定する調査の内容及び方法については、検討会の意見を聴いて環境省が別に定める。

#### 18 健康管理調査費用等の支給

(1) 県は、健康管理調査対象者が前項第 1 号一に規定する調査に協力する場合には、当該健康管理調査対象者に対し、健康管理調査費用として、1 月につき二万円を支給する。

(2) 県は、健康管理調査対象者が前項第 1 号二に規定する調査に協力する場合には、次に掲げる区分に応じて、それぞれ次に掲げる額の健康管理調査協力金を支給する。

- 一 当該健康管理調査対象者に入院歴がある場合 七十万円
- 二 当該健康管理調査対象者に入院歴がない場合 三十万円

### 第 6 章 精神発達調査

#### 19 精神発達調査の対象者

(1) 県は、医療手帳保持者であって、小児期にジフェニルアルシン酸にばく露し、精神遅滞がみられたものであって、第 14 項の健康診査の結果等をもとに、検討会の意見を聴いて調査の必要があると環境省が認めた者を対象者として、精神発達調査依頼書（様式第 15 号）を送付するものとする。

(2) 前号の精神発達調査依頼書の送付を受けた者は、次項に規定する調査に協力する旨の同意をするときは、県に対し、精神発達調査同意書（様式第 16 号）を提出するものとする。



(3) 県は、(2)の規定により健康管理調査同意書の提出を受けたときは、遅滞なく、当該精神発達調査同意書を環境省に回付するものとする。

#### 20 精神発達調査の実施

(1) 19 (2)の精神発達調査同意書を提出した者（以下「精神発達調査対象者」という。）は、緊急措置要綱に基づく調査票（以下「精神発達調査票」という。）の作成及び面談の実施その他の精神発達等に関する調査に協力するものとする。

(2) 精神発達調査対象者は、当該月に係る精神発達調査票を、その月の翌月 10 日までに県に提出するものとする。

(3) (1)に規定する調査の内容及び方法については、検討会の意見を聴いて環境省が別にこれを定める。

#### 21 精神発達調査費用等の支給

県は、精神発達調査対象者が 20 (1)に規定する調査に協力する場合には、当該対象者に対し、精神発達調査費用として、1月につき 50,000 円を支給する。

### 第7章 小児支援体制整備事業

#### 22 小児支援体制整備事業の実施

(1) (略)

(2) 県は、(1)の申請を受理したときは、小児支援調整検討会議の意見を聴いて、当該申請を小児支援体制整備事業の対象とするか否かの審査を行い、その結果を、小児支援体制整備事業申請結果通知書（様式第 18 号）により申請者に通知するとともに、環境省に報告するものとする。

(3) 県は、前号の規定により健康管理調査同意書の提出を受けたときは、遅滞なく、当該精神発達調査同意書を環境省に回付するものとする。

#### 20 精神発達調査の実施

(1) 前項第 2 号の精神発達調査同意書を提出した者（以下「精神発達調査対象者」という。）は、緊急措置要綱に基づく報告票（以下「精神発達調査報告票」という。）の作成及び面談の実施その他の精神発達等に関する調査に協力するものとする。

(2) 精神発達調査対象者は、当該月に係る精神発達調査報告票を、その月の翌月 10 日までに県に提出するものとする。

(3) 第 1 号に規定する調査の内容及び方法については、検討会の意見を聴いて環境省が別に定める。

#### 21 精神発達調査費用等の支給

県は、精神発達調査対象者が前項第 1 号に規定する調査に協力する場合には、当該精神発達調査対象者に対し、精神発達調査費用として、1月につき 50,000 円を支給する。

### 第7章 小児支援体制整備事業

#### 22 小児支援体制整備事業の実施

(1) (略)

(2) 県は、前号の申請を受理したときは、小児支援調整検討会議の意見を聴いて、当該申請を小児支援体制整備事業の対象とするか否かの審査を行い、その結果を、小児支援体制整備事業申請結果通知書（様式第 18 号）により申請者に通知するとともに、環境省に報告するものとする。

(3) ~ (5) (略)

第8章・第9章 (略)

附則

1 (略)

2 事業は、令和11年3月を目途として、ジフェニルアルシン酸のばく露に係る者の症候及び病態の解明の状況を勘案し、その全般について検討を行うものとし、環境省が検討会の意見を聴いてその目的を達成したと認めるときに終了する。

3 本事業開始時に現に採取されている検体であって検討会が認めるものについては、6 (3)の規定により採取された検体とみなす。

4 ~ 6 (略)

(3) ~ (5) (略)

第8章・第9章 (略)

附則

1 (略)

2 健康管理調査は、検討会の意見を聴いて、検討した結果、第17項第1号一の規定にかかわらず、平成18年7月以降も実施するものとする。

3 事業は、令和5年6月を目途として、ジフェニルアルシン酸のばく露に係る者の症候及び病態の解明の状況を勘案し、その全般について検討を行うものとし、環境省が検討会の意見を聴いてその目的を達成したと認めるときに終了する。

4 この要領の施行の際現に採取されている検体であって検討会が認めるものについては、第6項第3号の規定により採取された検体とみなす。

5 ~ 7 (略)

様式第 1 号

様式第 1 号

医療手帳交付申請書

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏 名) 殿

申請者 住所

氏名

茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領 6 (1) の規定に基づき、医療手帳の交付を申請します。  
なお、申請が認められた場合には、医療情報を研究目的に使用することに同意します。

医療手帳 の交付を 受けよう とする者	住 所	〒 -		
	電話番号	( )	-	
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	大・昭・平・令	年	月

<添付書類>

- (1) 住民票の写し
- (2) 居住要件等調査票 (様式第 2 号)

様式第 1 号

様式第 1 号

医療手帳交付申請書

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏 名) 殿

申請者 住所

氏名 印

茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領第 6 項 壘 1 号の規定に基づき、医療手帳の交付を申請します。  
なお、申請が認められた場合には、医療情報を研究目的に使用することに同意します。

医療手帳 の交付を 受けよう とする者	住 所	〒 -		
	電話番号	( )	-	
	ふりがな			
	氏 名			
	生年月日	大・昭・平・令	年	月
			性別	男・女

<添付書類>

- (1) 住民票の写し
- (2) 居住要件等調査票 (様式第 2 号)

様式第 2 号

様式第 2 号

居住要件等調査票

令和 年 月 日

氏 名	
汚染井戸の水を 飲用していた際 の住所	〒 ー
飲用を始めた時期	大 正 昭 和 年 月 頃 平 成
飲用を止めた時期	平 成 年 月 頃
現在及び過去の健 康状態  (注) 健康状態は 参考として記載 して頂くもので あり、申請が認 められるか否か とは関係ありま せん。わかる範 囲で記載してく ださい。	

様式第 2 号

様式第 2 号

居住要件等調査票

令和 年 月 日

氏 名	印
汚染井戸の水を 飲用していた際 の住所	〒 ー
飲用を始めた時期	大 正 昭 和 年 月 頃 平 成
飲用を止めた時期	平 成 年 月 頃
現在及び過去の健 康状態  (注) 健康状態は 参考として記載 して頂くもので あり、申請が認 められるか否か とは関係ありま せん。わかる範 囲で記載してく ださい。	

様式第3号  
 (表面) (略)  
 (1 ページ)

(1 ページ)

茨城県知事 ○ ○ ○ ○

印

ふりがな 氏名				
生年月日	大正	年	月	日
	昭和			
	平成			
	令和			
住所	都・道・府・県		区・市・町・村	
申請年月日	平成	年	月	日
	令和			
交付年月日	平成	年	月	日
	令和			

公費負担者番号	診療報酬																		
	介護報酬																		
公費負担医療の 受給者番号																			

(2 ページ～6 ページ) (略)  
 (裏面) (略)

様式第3号  
 (表面) (略)  
 (1 ページ)

(1 ページ)

茨城県知事 ○ ○ ○ ○

印

ふりがな 氏名					男 ・ 女
生年月日	大正	年	月	日	
	昭和				
	平成				
	令和				
住所	都・道・府・県		区・市・町・村		
申請年月日	平成	年	月	日	
	令和				
交付年月日	平成	年	月	日	
	令和				

公費負担者番号																			
公費負担医療の 受給者番号																			

(2 ページ～6 ページ) (略)  
 (裏面) (略)

## 様式第 4 号

様式第 4 号

令和 年 月 日

(氏 名) 殿

茨城県知事 (氏 名)

### 医療手帳交付申請結果通知書

あなたは、令和 年 月 日付けで医療手帳交付申請書を提出されましたが、審査の結果、下記の理由により医療手帳の交付対象者に該当しないこととなりましたので、お知らせいたします。

記

1. あなたが神栖市で飲用していた井戸の水からは、ジフェニルアルシン酸（有機ヒ素化合物）の検出が認められませんでした。
2. あなたは、神栖市でジフェニルアルシン酸（有機ヒ素化合物）の検出が認められた井戸を飲用に利用していた住宅に居住し又は居住していた事実が認められませんでした。
3. あなたから採取した検体からは、ジフェニルアルシン酸（有機ヒ素化合物）が確認されませんでした。
4. その他

( )

以上

## 様式第 4 号

様式第 4 号

令和 年 月 日

(氏 名) 殿

茨城県知事 (氏 名) 印

### 医療手帳交付申請結果通知書

あなたは、令和 年 月 日付けで医療手帳交付申請書を提出されましたが、審査の結果、下記の理由により医療手帳の交付対象者に該当しないこととなりましたので、お知らせいたします。

記

1. あなたが神栖市で飲用していた井戸の水からは、ジフェニルアルシン酸（有機ヒ素化合物）の検出が認められませんでした。
2. あなたは、神栖市でジフェニルアルシン酸（有機ヒ素化合物）の検出が認められた井戸を飲用に利用していた住宅に居住し又は居住していた事実が認められませんでした。
3. あなたから採取した検体からは、ジフェニルアルシン酸（有機ヒ素化合物）が確認されませんでした。
4. その他

( )

以上

# 様式第 5 号

様式第 5 号

## 医療手帳受領書

茨城県から交付された医療手帳を受領いたしました。  
なお、私が療養手当支給申請書を提出し、その申請が認められた場合には、当該療養手当については、下記の口座に振り込んでいただきますようお願いいたします。

令和 年 月 日

医療手帳番号

住 所

氏 名

記

銀行等	名 称	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協
	支 店 名	支店
	貯金・預金の種類	普通預金・当座預金
	口 座 番 号	
	ふ り が な	
	口 座 名 義 人	

# 様式第 5 号

様式第 5 号

## 医療手帳受領書

茨城県から交付された医療手帳を受領いたしました。  
なお、私が療養手当支給申請書を提出し、その申請が認められた場合には、当該療養手当については、下記の口座に振り込んで頂きますようお願いいたします。

令和 年 月 日

医療手帳番号

住 所

氏 名 印

記

銀行等	名 称	銀行・信用 組合・労働 農協・漁協
	支 店 名	支店
	貯金・預金の種類	普通預金・当座預金
	口 座 番 号	
	ふ り が な	
	口 座 名 義 人	
郵便局	記 号 番 号	番 号
	1 0 の	
	ふ り が な	
	口 座 名 義 人	





# 様式第7号

様式第7号

## 医療手帳再交付申請書

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏名) 殿

申請者 住所

氏名

茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領8(1)の規定に基づき、医療手帳の再交付について、次のとおり申請します。

交付を受けた医療手帳	番 号	第 号	
	申請年月日	平成 年 月 日 令和	年 月 日
	交付年月日	平成 年 月 日 令和	年 月 日
医療手帳をき損し、又は紛失した事情			

- 注) 1 医療手帳をき損した場合は、そのき損した手帳を添えて提出してください。  
2 紛失した医療手帳を発見した場合は、速やかにその手帳を返還してください。

# 様式第7号

様式第7号

## 医療手帳再交付申請書

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏名) 殿

申請者 住所

氏名

印

茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領第8項第1号の規定に基づき、医療手帳の再交付について、次のとおり申請します。

交付を受けた医療手帳	番 号	第 号	
	申請年月日	平成 年 月 日 令和	年 月 日
	交付年月日	平成 年 月 日 令和	年 月 日
医療手帳をき損し、又は紛失した事情			

- 注) 1 医療手帳をき損した場合は、そのき損した手帳を添えて提出してください。  
2 紛失した医療手帳を発見した場合は、速やかにその手帳を返還してください。

様式第 8 号

様式第 8 号

医療手帳返還届

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏 名) 殿

届出者 住所

氏名

茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領(10)の規定に基づき、医療手帳を返還します。

医療手帳番号		氏名	
住 所	〒 -		
	電話 ( ) -		
生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日		
返 還 の 理 由			

注) 不要になった医療手帳を添えて提出してください。

様式第 8 号

様式第 8 号

医療手帳返還届

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏 名) 殿

届出者 住所

氏名 印

茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領第10項の規定に基づき、医療手帳を返還します。

医療手帳番号		氏名	
住 所	〒 -		
	電話 ( ) -		
生 年 月 日	大・昭・平・令 年 月 日	性別	男・女
返 還 の 理 由			

注) 不要になった医療手帳を添えて提出してください。

様式第9号  
(表面)

様式第9号

(表面)

氏名等変更届出書

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏名) 殿

申請者 住所

氏名

氏名又は住所等を変更したので、茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領 11(1)の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

医療手帳番号		手帳記載の氏名	
住所変更の場合	旧		
	新	〒 -	
		電話 ( ) -	
	変更年月日	令和 年 月 日	
氏名変更の場合	旧		
	新		
	変更年月日	令和 年 月 日	
変更の理由			

注) 現在所持している医療手帳を添付してください。

様式第9号

様式第9号

氏名等変更届出書

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏名) 殿

申請者 住所

氏名 印

氏名又は住所等を変更したので、茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領 11 項 1 号の規定に基づき、次のとおり届け出ます。

医療手帳番号		手帳記載の氏名	
住所変更の場合	旧		
	新	〒 -	
		電話 ( ) -	
	変更年月日	令和 年 月 日	
氏名変更の場合	旧		
	新		
	変更年月日	令和 年 月 日	
変更の理由			

注) 現在所持している医療手帳を添付してください。

(裏面)

様式第9号

(裏面)

医療手帳受領書に記載した口座について、下記の口座に変更いただきますようお願いいたします。

銀行等	名 称	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協
	支 店 名	支店
	貯金・預金の種類	普通預金・当座預金
	口 座 番 号	
	ふ り が な	
	口 座 名 義 人	

注) 通帳等のコピーを添付してください。

様式第 10 号

(表面)

様式第 10 号

(表面)

医療費支給申請書

茨城県知事

(氏名) 殿

令和 年 月 分

医療費申請額	円	※ 決定額	円
--------	---	----------	---

医療費の支給を受けたいので、次の医療費受領証明書添えて申請します。

なお、私に支給される医療費については、

{ 下記の口座 ・ 医療手帳受領証に記載した口座 }

に振り込んでいただきますようお願いいたします。

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

医療手帳番号	
--------	--

記

銀行等	名称	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協
	支店名	支店
	貯金・預金の種類	普通預金 ・ 当座預金
	口座番号	
	ふりがな	
	口座名義人	

※は、記入不要です。

様式第 10 号

様式第 10 号

医療費支給申請書

茨城県知事 殿

令和 年 月 分

医療費申請額	円	※ 決定額	円
--------	---	----------	---

医療費の支給を受けたいので、次の医療費受領証明書添えて申請します。

なお、私に支給される医療費については、

{ 下記の口座 ・ 医療手帳受領証に記載した口座 }

に振り込んでいただきますようお願いいたします。

令和 年 月 日

申請者 住所

氏名

印

医療手帳番号	
--------	--

記

銀行等	名称	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協
	支店名	支店
	貯金・預金の種類	普通預金 ・ 当座預金
	口座番号	
	ふりがな	
郵便局	記号番号	番 号
	1 の	
	ふりがな	
	口座名義人	

※は、記入不要です。

(裏面)

様式第 10 号

(裏面)

医療機関コード

医療費受領証明書

患者氏名			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	住	
入院・外来の別	入 院 ・ 外 来	所	
傷 病 名	(1) (2) (3)		
医療に要した費用	請求点数	金 額	
	※1) 総医療費	点	円
	※2) 患者負担額	点	円

上記のとおり医療費を受領したことを証明します。  
令和 年 月 日

所在地  
医療機関名 印  
電話番号 ( ) -

◎記入上の注意

1. 本証明書は、医療機関に記入してもらってください。

【 備考 】

- ※1) 総医療費は、保険診療の対象となる額を記載してください。  
※2) 患者負担額については、総医療費のうちの患者負担分を記載してください。

保険診療外の費用及び特定療養費については、本申請の対象となりません。

様式第 10 号

医療機関コード

医療費受領証明書

患者氏名				男	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	住		・	
入院・外来の別	入 院 ・ 外 来	女	所		
傷 病 名	(1) (2) (3)				
医療に要した費用	請求点数	金 額			
	※1) 総医療費	点	円		
	※2) 患者負担額	点	円		

上記のとおり医療費を受領したことを証明します。  
令和 年 月 日

所在地  
医療機関名 印  
電話番号 ( ) -

◎記入上の注意

1. 本証明書は、医療機関に記入してもらってください。

【 備考 】

- ※1) 総医療費は、保険診療の対象となる額を記載して下さい。  
※2) 患者負担額については、総医療費のうちの患者負担分を記載して下さい。

保険診療外の費用及び特定療養費については、本申請の対象となりません。

様式第 11 号

様式第 11 号

令和 年 月 日

療養手当支給申請書

茨城県知事  
(氏名) 殿

下記のとおり受診したので 令和 年 月分 の療養手当を請求いたします。

(申請者)  
住所  
氏名

記

医療手帳番号	第	号
氏名		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
住所	〒 -	
医療給付又は健康診 査を受けた日	入院期間	月 日 ~ 月 日
	通院日	
	健康診査日	
上記のとおり、受診したことを証明します。 令和 年 月 日		
所在地 医療機関名 電話番号 ( ) - 印		

【備考】

1. [ ] 内は、医療機関で記入してもらってください。
2. 受診したことを確認できる書類（領収書等）の添付があれば医療機関の証明は不要です。

様式第 11 号

様式第 11 号

令和 年 月 日

療養手当支給申請書

茨城県知事 殿

下記のとおり受診したので 令和 年 月分 の療養手当を請求いたします。

(申請者)  
住所  
氏名 印

記

医療手帳番号	第	号
氏名		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	
住所	〒 -	
医療給付又は健康診 査を受けた日	入院期間	月 日 ~ 月 日
	通院日	
	健康診査日	
上記のとおり、受診したことを証明します。 令和 年 月 日		
所在地 医療機関名 電話番号 ( ) - 印		

【備考】

1. [ ] 内は、医療機関で記入してもらって下さい。
2. 受診したことを確認できる書類（領収書等）の添付があれば医療機関の証明は不要です。

## 様式第 12 号

様式第 12 号

令和 年 月 日

(氏 名) 殿

茨城県知事 (氏 名)

### 健康管理調査依頼書

あなたは、「茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱」に基づく健康管理調査対象者として、環境省に推薦されました。

つきましては、下記留意事項をお読みいただいた上で、健康管理調査にご協力をお願いいたします。ご協力いただける場合には、別添の同意書に必要事項を記入の上、茨城県まで提出をお願いします。

記

<留意事項>

#### 1、調査目的

本調査は、ジフェニルアルシン酸による環境汚染を通じた人への健康影響等については十分な科学的知見に乏しく、かつ、早急な対応が求められている状況を踏まえ、茨城県神栖市において著しくジフェニルアルシン酸にばく露したと認められる方々に対して、病歴、治療歴等に関する調査等を行うことにより、発症のメカニズム、治療法等を含めた症候及び病態の解明を図り、もって、その健康不安の解消等に資することを目的とするものです。

#### 2、調査内容及び方法

①健康管理調査票の作成を含む健康状態等の調査

②病歴、治療歴等に関する調査その他の重点的調査

調査の具体的な内容は環境省が開催する臨床医学等の専門家からなる検討会の意見を聴いて定められます。

#### 3、個人情報の利用

本調査によって得られた個人の医療情報等は、調査目的の範囲内において国、茨城県（それぞれの委託先を含む。）で利用されます。

#### 4、個人情報の保護

国及び茨城県は、本調査によって得られた事実の取扱いについては慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人の医療情報等の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対しても指導します。

## 様式第 12 号

様式第 12 号

令和 年 月 日

(氏 名) 殿

茨城県知事 (氏 名) 印

### 健康管理調査依頼書

あなたは、「茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱」に基づく健康管理調査対象者として、環境省に推薦されました。

つきましては、下記留意事項をお読みいただいた上で、健康管理調査にご協力をお願いいたします。ご協力いただける場合には、別添の同意書に必要事項を記入の上、茨城県まで提出をお願いします。

記

<留意事項>

#### 1、調査目的

本調査は、ジフェニルアルシン酸による環境汚染を通じた人への健康影響等については十分な科学的知見に乏しく、かつ、早急な対応が求められている状況を踏まえ、茨城県神栖市において著しくジフェニルアルシン酸にばく露したと認められる方々に対して、病歴、治療歴等に関する調査等を行うことにより、発症のメカニズム、治療法等を含めた症候及び病態の解明を図り、もって、その健康不安の解消等に資することを目的とするものです。

#### 2、調査内容及び方法

①健康管理調査報告票の作成を含む健康状態等の調査

②病歴、治療歴等に関する調査その他の重点的調査

調査の具体的な内容は環境省が開催する臨床医学等の専門家からなる検討会の意見を聴いて定められます。

#### 3、個人情報の利用

本調査によって得られた個人の医療情報等は、調査目的の範囲内において国、茨城県（それぞれの委託先を含む。）で利用されます。

#### 4、個人情報の保護

国及び茨城県は、本調査によって得られた事実の取扱いについては慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人の医療情報等の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対しても指導します。



様式第 13 号  
(表面)

様式第 13 号

(表面)

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏 名) 殿

申請者 住所

氏名

健康管理調査同意書

私は、下記留意事項を確認の上、健康管理調査に協力することに同意します。

記

<留意事項>

1、調査目的

本調査は、ジフェニルアルシン酸による環境汚染を通じた人への健康影響等については十分な科学的知見に乏しく、かつ、早急な対応が求められている状況を踏まえ、茨城県神栖市において著しくジフェニルアルシン酸にばく露したと認められる方々に対して、病歴、治療歴等に関する調査等を行うことにより、発症のメカニズム、治療法等を含めた症候及び病態の解明を図り、もって、その健康不安の解消等に資することを目的とするものです。

2、調査内容及び方法

- ①健康管理調査票の作成を含む健康状態等の調査
- ②病歴、治療歴等に関する調査その他の重点的調査  
調査の具体的な内容は環境省が開催する臨床医学等の専門家からなる検討会の意見を聴いて定められます。

3、個人情報の利用

本調査によって得られた個人の医療情報等は、調査目的の範囲内において国、茨城県（それぞれの委託先を含む。）で利用されます。

4、個人情報の保護

国及び茨城県は、本調査によって得られた事実の取扱いについては慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人の医療情報等の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対しても指導します。

様式第 13 号  
(表面)

様式第 13 号

(表面)

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏 名) 殿

申請者 住所

氏名

印

健康管理調査同意書

私は、下記留意事項を確認の上、健康管理調査に協力することに同意します。

記

<留意事項>

1、調査目的

本調査は、ジフェニルアルシン酸による環境汚染を通じた人への健康影響等については十分な科学的知見に乏しく、かつ、早急な対応が求められている状況を踏まえ、茨城県神栖市において著しくジフェニルアルシン酸にばく露したと認められる方々に対して、病歴、治療歴等に関する調査等を行うことにより、発症のメカニズム、治療法等を含めた症候及び病態の解明を図り、もって、その健康不安の解消等に資することを目的とするものです。

2、調査内容及び方法

- ①健康管理調査報告票の作成を含む健康状態等の調査
- ②病歴、治療歴等に関する調査その他の重点的調査  
調査の具体的な内容は環境省が開催する臨床医学等の専門家からなる検討会の意見を聴いて定められます。

3、個人情報の利用

本調査によって得られた個人の医療情報等は、調査目的の範囲内において国、茨城県（それぞれの委託先を含む。）で利用されます。

4、個人情報の保護

国及び茨城県は、本調査によって得られた事実の取扱いについては慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人の医療情報等の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対しても指導します。

(裏面)

様式第 13 号

(裏面)

なお、私が受けるべき健康管理調査費用については、  
〔 下記の口座 ・ 医療手帳受領証に記載した口座 〕  
に振り込んでいただきますようお願いいたします。

記

銀行等	名 称	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協
	支 店 名	支店
	貯金・預金の種類	普通預金・当座預金
	口 座 番 号	
	ふ り が な	
	口 座 名 義 人	

様式第 14 号 (略)

(裏面)

様式第 13 号

(裏面)

なお、私が受けるべき医療費については、  
〔 下記の口座 ・ 医療手帳受領証に記載した口座 〕  
に振込んで頂きますようお願いいたします。

記

銀行等	名 称	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協
	支 店 名	支店
	貯金・預金の種類	普通預金・当座預金
	口 座 番 号	
	ふ り が な	
	口 座 名 義 人	

  

郵便局	記 号 番 号	番 号
	1	0
	ふ り が な	
	口 座 名 義 人	

様式第 14 号 (略)

## 様式第 15 号

様式第 15 号

令和 年 月 日

(氏 名) 殿

茨城県知事 (氏 名)

### 精神発達調査依頼書

環境省は、「茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱」に基づき、下記の通り、精神発達調査を行うこととしたところとします。

つきましては、下記留意事項をお読みいただいた上で、精神発達調査にご協力をお願いいたします。ご協力いただける場合には、別添の同意書に必要事項を記入の上、茨城県まで提出をお願いします。

#### 記

<留意事項>

##### 1、調査目的

本調査は、ジフェニルアルシン酸による環境汚染を通じた人への健康影響等については十分な科学的知見に乏しく、かつ、早急な対応が求められている状況を踏まえ、茨城県神栖市において、小児期にジフェニルアルシン酸にばく露し、相当程度の精神発達への影響がみられた方に対して、より精密な病態やその経過等について調査を行うことにより、発症のメカニズム、治療法等を含めた症候及び病態の解明を図り、もって、その健康不安の解消等に資することを目的とするものです。

##### 2、調査内容及び方法

精神発達調査票の作成を含む精神発達等の調査

調査の具体的な内容は環境省が開催する臨床医学等の専門家からなる検討会の意見を聴いて定められます。

##### 3、個人情報の利用

本調査によって得られた個人の医療情報等は、調査目的の範囲内において国、茨城県（それぞれの委託先を含む。）で利用されます。

##### 4、個人情報の保護

国及び茨城県は、本調査によって得られた事実の取扱いについては慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人の医療情報等の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対しても指導します。

## 様式第 15 号

様式第 15 号

令和 年 月 日

(氏 名) 殿

茨城県知事 (氏 名) 印

### 精神発達調査依頼書

環境省は、「茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱」に基づき、下記の通り、精神発達調査を行うこととしたところとします。

つきましては、下記留意事項をお読みいただいた上で、精神発達調査にご協力をお願いいたします。ご協力いただける場合には、別添の同意書に必要事項を記入の上、茨城県まで提出をお願いします。

#### 記

<留意事項>

##### 1、調査目的

本調査は、ジフェニルアルシン酸による環境汚染を通じた人への健康影響等については十分な科学的知見に乏しく、かつ、早急な対応が求められている状況を踏まえ、茨城県神栖市において、小児期にジフェニルアルシン酸にばく露し、相当程度の精神発達への影響がみられた方に対して、より精密な病態やその経過等について調査を行うことにより、発症のメカニズム、治療法等を含めた症候及び病態の解明を図り、もって、その健康不安の解消等に資することを目的とするものです。

##### 2、調査内容及び方法

精神発達調査報告票の作成を含む精神発達等の調査

調査の具体的な内容は環境省が開催する臨床医学等の専門家からなる検討会の意見を聴いて定められます。

##### 3、個人情報の利用

本調査によって得られた個人の医療情報等は、調査目的の範囲内において国、茨城県（それぞれの委託先を含む。）で利用されます。

##### 4、個人情報の保護

国及び茨城県は、本調査によって得られた事実の取扱いについては慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人の医療情報等の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対しても指導します。

様式第 16 号  
(表面)

様式第 16 号

(表面)

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏 名) 殿

申請者 住所

氏名

精神発達調査同意書

私は、下記留意事項を確認の上、精神発達調査に協力することに同意します。

記

<留意事項>

1、調査目的

本調査は、ジフェニルアルシン酸による環境汚染を通じた人への健康影響等については十分な科学的知見に乏しく、かつ、早急な対応が求められている状況を踏まえ、茨城県神栖市において、小児期にジフェニルアルシン酸にばく露し、相当程度の精神発達への影響がみられた方々に対して、より綿密な病態やその経過等について調査を行うことにより、発症のメカニズム、治療法等を含めた症候及び病態の解明を図り、もって、その健康不安の解消等に資することを目的とするものです。

2、調査内容及び方法

精神発達調査票の作成を含む健康状態等の調査

調査の具体的な内容は環境省が開催する臨床医学等の専門家からなる検討会の意見を聴いて定められます。

3、個人情報の利用

本調査によって得られた個人の医療情報等は、調査目的の範囲内において国、茨城県（それぞれの委託先を含む。）で利用されます。

4、個人情報の保護

国及び茨城県は、本調査によって得られた事実の取扱いについては慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人の医療情報等の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対しても指導します。

様式第 16 号  
(表面)

様式第 16 号

(表面)

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏 名) 殿

申請者 住所

氏名

印

精神発達調査同意書

私は、下記留意事項を確認の上、精神発達調査に協力することに同意します。

記

<留意事項>

1、調査目的

本調査は、ジフェニルアルシン酸による環境汚染を通じた人への健康影響等については十分な科学的知見に乏しく、かつ、早急な対応が求められている状況を踏まえ、茨城県神栖市において、小児期にジフェニルアルシン酸にばく露し、相当程度の精神発達への影響がみられた方々に対して、より綿密な病態やその経過等について調査を行うことにより、発症のメカニズム、治療法等を含めた症候及び病態の解明を図り、もって、その健康不安の解消等に資することを目的とするものです。

2、調査内容及び方法

精神発達調査報告票の作成を含む健康状態等の調査

調査の具体的な内容は環境省が開催する臨床医学等の専門家からなる検討会の意見を聴いて定められます。

3、個人情報の利用

本調査によって得られた個人の医療情報等は、調査目的の範囲内において国、茨城県（それぞれの委託先を含む。）で利用されます。

4、個人情報の保護

国及び茨城県は、本調査によって得られた事実の取扱いについては慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人の医療情報等の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対しても指導します。

(裏面)

様式第 16 号

(裏面)

なお、私が受けるべき精神発達調査費用については、

[ 下記の口座 ・ 医療手帳受領証に記載した口座 ]

に振り込んでいただきますようお願いいたします。

記

銀行等	名 称	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協
	支 店 名	支店
	貯金・預金の種類	普通預金・当座預金
	口 座 番 号	
	ふ り が な	
	口 座 名 義 人	

(裏面)

様式第 16 号

(裏面)

なお、私が受けるべき精神発達調査費用については、

[ 下記の口座 ・ 医療手帳受領証に記載した口座 ]

に振込んで頂きますようお願いいたします。

記

銀行等	名 称	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協
	支 店 名	支店
	貯金・預金の種類	普通預金・当座預金
	口 座 番 号	
	ふ り が な	
	口 座 名 義 人	
郵便局	記 号 番 号	番 号
	1 の	
	ふ り が な	
	口 座 名 義 人	

様式第 17 号  
(表面)

様式第 17 号

(表面)

小児支援体制整備事業に関する申請書

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏名) 殿

申請者 住所

氏名  
(事業を受けようとする小児との関係: )  
電話番号 - -

私は、裏面留意事項を確認の上、小児支援体制整備事業の実施を希望しますので、茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領 22\_(1)\_の規定に基づき、小児支援体制整備事業に関する申請書を提出します。

小児支援体制整備事業を受けようとする小児	住所	〒 -			
	電話番号	( ) -			
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	平成 令和	年 月 日	性別	男・女
支援を受けようとする内容、お困りの事項					

(裏面) (略)

様式第 17 号  
(表面)

様式第 17 号

(表面)

小児支援体制整備事業に関する申請書

令和 年 月 日

茨城県知事  
(氏名) 殿

申請者 住所

氏名  
(事業を受けようとする小児との関係: )  
電話番号 - -

私は、裏面留意事項を確認の上、小児支援体制整備事業の実施を希望しますので、茨城県神栖市における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業実施要領 22\_項第 1 号の規定に基づき、小児支援体制整備事業に関する申請書を提出します。

小児支援体制整備事業を受けようとする小児	住所	〒 -			
	電話番号	( ) -			
	ふりがな				
	氏名				
	生年月日	平成 令和	年 月 日	性別	男・女
支援を受けようとする内容、お困りの事項					

(裏面) (略)

様式第 18 号

様式第 18 号

令和 年 月 日

(氏 名) 殿

茨城県知事 (氏 名)

小児支援体制整備事業申請結果通知書

令和 年 月 日付けで提出された小児支援体制整備事業に関する申請につきまして、下記のとおり、審査結果をお知らせいたします。

記

小児支援体制整備事業の対象者に該当します。

小児支援体制整備事業の対象者に該当しません。

該当しない場合の理由

( )

以上

様式第 19 号 (略)

様式第 18 号

様式第 18 号

令和 年 月 日

(氏 名) 殿

茨城県知事 (氏 名) 印

小児支援体制整備事業申請結果通知書

令和 年 月 日付けで提出された小児支援体制整備事業に関する申請につきまして、下記のとおり、審査結果をお知らせいたします。

記

小児支援体制整備事業の対象者に該当します。

小児支援体制整備事業の対象者に該当しません。

該当しない場合の理由

( )

以上

様式第 19 号 (略)