

環保安発第030606006号
平成15年6月6日
環保安発第050401002号
一部改正平成17年4月1日
環保安発第060403004号
一部改正平成18年4月3日
環保安発第060630001号
一部改正平成18年6月30日
環保安発第061002001号
一部改正平成18年10月2日
環保安発第080630004号
一部改正平成20年6月30日
環保安発第110623002号
一部改正平成23年6月23日
環保安発第1406262号
一部改正平成26年6月26日
環保安発第1706272号
一部改正平成29年6月27日
環保安発第1809281号
一部改正平成30年9月28日
環保安発第2006223号
一部改正令和2年6月22日
環保安発第2306301号
一部改正令和5年6月30日

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1章 総則

1 通則

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（以下「緊急措置要綱」という。）に基づく医療等の給付、健康診査の実施、健康管理調査の実施等（以下「事業」という。）については、緊急措置要綱に定めるところによるほか、この要領の定めるところによる。

2 実施主体

事業は、環境省が実施し、その事務の一部を茨城県（以下「県」という。）に委託して行う。

3 指定医療機関

- (1) 県は、その開設者の同意を得て12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。
- (2) 指定医療機関は、30日以上予告期間を設けて、その指定を辞退することができる。
- (3) 県は、指定医療機関が12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。
- (4) 県は、(3)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。

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 対象者

事業の対象者は、茨城県神栖市におけるジフェニルアルシン酸による汚染の影響を受けていると環境省が認めた井戸（以下「汚染井戸」という。）の水を飲用に供していた住居に居住し、又は居住していた者であって、環境省が検討会の意見を聴いてジフェニルアルシン酸のばく露を確認したものとする。

第2章 医療手帳

6 医療手帳の交付

- (1) 医療手帳の交付を受けようとする者は、県にその交付を申請しなければならない。
- (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）申請者が医療手帳を受領したときは、医療手帳受領書（様式第5号）を県に提出しなければならない。

7 医療手帳交付台帳の整備

県は、医療手帳交付台帳（様式第6号）を備え、医療手帳を交付したときは、その交付に関する事項を記載するものとする。

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 医療手帳の検印

医療手帳保持者は、毎年、県が定める期間に、医療手帳を県に提出し、その検印を受けなければならない。

10 医療手帳の失効等

（1）医療手帳保持者が死亡したときは、医療手帳は失効する。

（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。

（3）医療手帳保持者が偽りその他不正の手段により医療費又は療養手当の支給を受けたときその他この要領の規定に違反したときは、環境省又は県は、当該医療手帳保持者に対し医療手帳の返還を求めることができる。

（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年厚生労働省告示第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) 医療手帳保持者は、医療機関等で疾病等について医療を受けようとするときは、医療機関等に医療手帳を提出しなければならない。ただし、緊急その他のやむを得ない理由があるときは、この限りでない。
- (4) 県は、医療手帳保持者が指定医療機関で疾病等について医療を受けた場合には、医療費として当該対象者に支給すべき額の限度において、その者が当該医療に関し当該指定医療機関に支払うべき費用を、その者に代わり、当該指定医療機関に支払うものとする。
- (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) の請求があつた場合において、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) 療養手当は、月を単位として支給するものとする。

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 健康相談

県は、健康相談窓口を設け、医療手帳保持者に対し、その生活や健康の状況等に関する相談に応ずるとともに、必要な助言を行うものとする。

第5章 健康管理調査

16 健康管理調査の対象者

(1) 県は、医療手帳保持者であつて、汚染井戸のうち特に著しいジフェニルアルシン酸による汚染の影響を受けているものとして検討会の意見を聴いて環境省が認めたものの水を飲用に供していた住宅に居住し、又は居住していた者を対象者として、健康管理調査依頼書(様式第12号)を送付するものとする。

(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
 - 二 平成 15 年度においては、病歴、治療歴等に関する調査その他の重点的調査（以下「重点的調査」という。）
- (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、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) 医療手帳の交付を受けた15歳以下の者のうち、その親権者又は未成年後見人が小児支援体制整備事業の実施を希望する場合、親権者又は未成年後見人は、県に対し、当該小児支援体制整備事業に関する申請書(様式第17号)を提出するものとする。
- (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) 県は小児支援体制整備事業対象者の支援調整基本台帳(様式第19号)を作成する。
- (4) 県は小児支援調整検討会議及び小児支援調整実務者会議を開催し、支援の実施について調整するとともに、各支援の実施状況を確認する。
- (5) 県は現に支援を行っている者に対しては、15歳を超えても小児支援調整検討会議で支援が不要と判断されるまで支援を続ける。

第8章 調査研究の実施

23 調査研究の実施

環境省は、第2章から第5章までの措置を通じて得られた資料等に基づき実施する検討会における科学的、技術的検討を踏まえ、ジフェニルアルシン酸による健康影響について、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るための調査研究を実施する。

第9章 雑則

24 他の都道府県への協力依頼

環境省は、緊急措置要綱の円滑な施行のため、必要に応じ、医療手帳保持者が居住する都道府県等に対して、必要な協力を依頼するものとする。

25 関係者の留意事項

環境省及び県は、緊急措置要綱及びこの要領の施行に当たって知り得た事実の取扱いについて慎重に配慮するよう留意するとともに、特に個人が特定され得るものに係る情報(個人情報)の取扱いについては、その保護に十分に配慮するよう、関係者に対してもその旨指導するものとする。

26 その他

この要領に定めるもののほか、事業の実施に必要な事項は、別に定める。

附則

- 1 この要領は、平成15年6月6日から施行する。ただし、第2章から第5章までの規定は平成15年6月30日から施行する。
- 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たときに終了する。
- 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 改正前の様式により交付された医療手帳は、改正後の様式によるものとみなす。
- 5 改正前の様式により調製した医療手帳は、改正後においても当分の間、必要な修正を加え、使用することができる。
- 6 改正前の様式により申請された小児支援体制整備事業に関する申請書は、改正後の様式によるものとみなす。

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	〒 ー
	電話番号	() ー
	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日

<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)

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。	

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

医療手帳番号 _____

医 療 手 帳

環 境 省

茨 城 県

茨城県知事

○ ○ ○ ○

印

ふりがな	
氏名	
生年月日	大 正 昭 和 年 月 日 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									

検印欄

令和 年度	令和 年 月 日 印
令和 年度	令和 年 月 日 印
令和 年度	令和 年 月 日 印
令和 年度	令和 年 月 日 印
令和 年度	令和 年 月 日 印

(裏面)

手帳所持者へのお知らせ

- 1 医療機関等で疾病等（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を除きます。詳細については医療手帳の対象としない疾病等をご覧ください。）について医療を受けようとするとき、及び健康審査を受診するときは、この手帳を提出してください。
- 2 医療を受けようとするときは、保険証又は組合員証を併せて窓口提出してください。
- 3 氏名、住所が変わったときには、すぐその旨を下記の連絡先のいずれかに届け出てください。
- 4 この手帳は、無くさないように大切にお持ち下さい。もし、無くしたり、使用できない状態になった場合は、下記の連絡先のいずれかに再交付を申請してください。
- 5 この手帳は、他人に譲ったり、貸したりしてはいけません。
- 6 手帳が失効したときは、この手帳はすぐに返還してください。

<連絡先>

茨城県 相談窓口

住所 〒310-8555 茨城県水戸市笠原町 978-6

電話 029(301)1111 内線

保健所 相談窓口（保健所）

住所 〒 - 茨城県

電話 ()

FAX ()

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

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						

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
	交 付 年 月 日	平成 年 月 日 令和
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。

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。

(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	〒 ー		
	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)

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)

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を添えて申請します。

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。

医療機関コード

医療費受領証明書

患者氏名		住 所		
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日			
入院・外来の別	入 院 ・ 外 来			
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

電話番号

()

—

印

◎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。

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 印 電話番号 ()		

【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。

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。

(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。

(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							

入院証明書

氏 名		
住 所		
生年月日		
入 院 歴	傷 病 名	入 院 時 期

令和 年 月 日

医療機関 { 住所
 { 名称
 { 電話 () —

診察医氏名

印

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です。

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。

(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。

(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						

(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 年 月 日 令和	性別	男・女
支援を受けようとする内容、お困りの事項				

(裏面)

<留意事項>

1、事業の目的

本事業は、ジフェニルアルシン酸による健康影響に起因する医療・発達・教育・福祉上の課題を有する小児について、自立に向けて、一人一人の成長過程に応じた支援を実施することを目的とします。

2、事業の対象者

医療手帳の交付を受けた 15 歳以下の者のうち、その親権者又は未成年後見人から申請があった小児。ただし、小児の支援に関わる関係者が、本事業が必要であると考えた場合、親権者又は未成年後見人に対し、事業への申請を提案することがあります。現に支援を受けている者に対しては、15 歳を超えても小児支援調整検討会議で支援が不要と判断されるまで支援を続けます。

3、事業の内容及び方法

- ① 小児支援体制整備事業対象者の支援状況を確認するため、必要に応じて、ご家庭をはじめ、主治医や学校等の関係機関から情報を収集し、支援調整基本台帳を作成します。
- ② 有識者等で構成する小児支援調整検討会議及び支援関係者等で構成する小児支援調整実務者会議を開催し、多角的な観点から一人一人の成長過程に応じた支援を調整するとともに、各支援の実施状況を確認いたします。
- ③ 本事業は親権者と支援関係者が連携・協力して、有効な支援を実施しようとするものです。

4、個人情報の保護

国、茨城県（それぞれの委託先、支援関係者を含む。）は、本事業によって得られた個人情報等について、事業目的の範囲内において利用します。

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とともに、特に個人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。

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

手帳番号		作成日	
支援区分	終了・経過観察・要支援・その他		

支援調整基本台帳

基本項目	氏名		性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日 令和	
	住所				電話番号 日中連絡先		
	井戸水 DPAA 濃度	ngAs/ml	飲用期間	H 年 月 ~ H 年 月 年 ヶ月			
	家族歴 (対象児◎)				病歴・生活歴		
					その他		
保護者の希望							

令和 年 月 日現在 記録者 機関名 氏名

保健・福祉関係	現状・問題点		
	これまでの支援 (諸制度・サービスの利用状況)		
	必要と考える支援・要望・意見		
乳幼児健診・発達相談等の状況			
妊婦健診	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常有り ()	
乳児健診(ヶ月)	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常有り ()	
1歳6ヶ月健診	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常有り ()	
3歳児健診	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常有り ()	
その他の事業における診断・検査結果			

対象児 [_____]

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日現在 記録者 _____

発達 の 状 況	発達検査結果 (検査機関名)	実施 日 ・ 結 果	実施日・検査名	結果	項目別結果 指数・IQ コメント		
医療 の 状 況	診断及び 治療方針・内容	医療機関名 _____ 主治医 _____					
		①診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____					
		②診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____					
	③診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____						
	_____ 〇〇科 〇〇医師より聴取						
	医療機関名 _____ 主治医 _____						
①診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____							
②診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____							
③診断名 : _____ 治療方針 : _____ 治療内容 : _____							
_____ 〇〇科 〇〇医師より聴取							
支援に関する医 師、その他医療 チーム員の意見	医療機関名 _____ 医師名 _____						
	①支援の必要性 _____						
	②支援に関する意見 _____						
	_____ 〇〇科 〇〇医師より聴取						
医療機関名 _____ 医師名 _____							
①支援の必要性 _____							
②支援に関する意見 _____							
_____ 〇〇科 〇〇医師より聴取							

<小児支援調整検討会議>

[開催日] 令和 年 月 日

1. 支援実施状況 ※支援実施済みの場合	
2. 今後の支援	<input type="checkbox"/> 不要（終了） <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要支援
3. 支援の方針	① ② ③
4. 小児支援調整実務者会議の構成 ※小児支援調整実務者会議省略の場合は具体的な支援内容	
(出席者)	

<小児支援調整実務者会議>

[開催日] 令和 年 月 日

1. 支援の内容・計画	
2. 留意事項	
3. その他	
(出席者)	