

特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書

(表面)

公費負担者番号		542860		18		26		受給者番号											
受診者	フリガナ							年齢	生 年 月 日										
	氏 名								大正・昭和 平成・令和 年 月 日										
	住 所	〒						電話 ( ) -											
保護者	フリガナ							受診者との関係											
	氏 名																		
	住 所 (受診者と異なる場合)	〒						電話 ( ) -											
変更のある事項について記載してください	自己負担上限月額に関する事項		(変更内容) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期(高額難病治療継続者) <input type="checkbox"/> 保険変更を伴わない階層区分(自己負担上限額)の変更 ※裏面を記載のうえ、課税証明書類の提出(マイナンバー不可) (階層区分 → ) <input type="checkbox"/> その他( )																
	※保険変更に伴う階層区分の変更は様式第5号で届出してください。 ※変更内容が認定された後も自己負担上限月額に変更がない場合は、新しい受給者証は交付しません。																		
	市町民税非課税で、本人(又は保護者)の年収80万円以下の場合		市町民税非課税世帯で、受給者本人(保護者)の収入(障害年金や特別児童扶養手当等を含む)が、年間80万円以下であることを申告します。 申請者氏名																
按分申告	受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する世帯員(16歳未満含む)のうち、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けている者						<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 変更												
	難病・小児	フリガナ氏名			病名	(告示番号)			受給者番号										
受給者証記載の住所と送付先が異なる場合は、右記に記載してください。(今後の受給者証・更新案内の送付先として登録されます)		〒						あて名 様(続柄: )											
難病の患者に対する医療等に関する法律第10条第1項の規定により、上記のとおり申請します。 本申請の認定に必要な場合は、兵庫県において、人工呼吸器等装着証明書に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給者情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。																			
兵 庫 県 知 事 様 令和 年 月 日 申請者氏名																			

**以下の1～2の項目を記載してください。**

※自己負担上限月額を決定するために必要な書類を添付の上、申請してください。(マイナンバーによる情報連携不可)  
 ※記載漏れや書類不備がある場合、追加書類を提出いただく他、通常よりも受給者証の交付が遅れる可能性があります。  
 ※医療保険の変更、生活保護の受給等に伴う階層区分の変更の場合、様式第5号(変更届)により提出してください。

**1 医療保険について**

以下に記載のうえ、保険証の写しを添付してください。

<b>保険種別</b>	被用者保険(社会保険)・国民健康保険・国民健康保険組合・後期高齢	
<b>保険者名</b> (〇〇組合、〇〇市等)		
<b>被保険者氏名</b> (患者との続柄)	(氏名)	(続柄)

**2 支給認定基準世帯員について**

支給認定基準世帯員(受診者(患者)と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する16歳以上の方)について、漏れなく記載してください。

なお、今回、支給認定基準世帯員から外れた方がある場合は、当該世帯員について記載のうえ、斜線を引いてください。

	フリガナ		変更の有無	続柄	生年月日		現住所 (受診者住所と異なる場合のみ 郵便番号、県・市区町村名まで記載) ※受給者住所と同じ場合はチェックのみ
	氏名				※16歳未満かどうか		
記載例	①受診者	ヒョウゴ ハナコ 兵庫 花子	/	本人	昭和 ○年 ○月 ○日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	/
	②氏名	ヒョウゴ タロウ 兵庫 太郎			・変更なし ・追加 ・削除	父	
支給認定基準世帯員	①受診者	/	/	本人	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ	/	・変更なし		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	②氏名	/	・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ	/	・変更なし		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	③氏名	/	・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
カナ	/	・変更なし		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
④氏名	/	・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
カナ	/	・変更なし		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
⑤氏名	/	・追加 ・削除		大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	

※社会保険(健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会等)にご加入の場合は、受給者と被保険者の方について、記載してください。

※国民健康保険組合(業種別国保)にご加入の場合は、受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する方全員(16歳未満の方も含む)を記載してください。