

# 特定医療費（指定難病）支給認定 変更申請書

大阪府知事様 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、申請をします。

※受診者以外が申請する場合、下記に☑をし、2申請者欄も記入してください。

※  の項目に楷書で記入又は☑してください。

申請者欄に記載する者に本件申請を委任します。

1 受診者 <input type="checkbox"/> 送付先	フリガナ		受給者番号						
	氏名		電話番号						
	生年月日	年	月	日	居住する市町村				

※受診者本人が申請者の場合、申請者欄は記入不要です。（受診者が18歳未満で独立して生計を維持していない場合、保護者が申請者となります。）

2 申請者 <input type="checkbox"/> 送付先	フリガナ		電話番号						
	氏名		郵便番号				-		
受診者との関係	住所								

## 3 申請事項

<input type="checkbox"/>	疾病の追加/変更	<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 変更	疾病名又は告示番号						
<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等	人工呼吸器装着又は体外式補助人工心臓を装着している。								
<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続者	(高額かつ長期) 特定医療費の総額(10割の額)が50,000円を超える月が、申請日の属する月を含む過去12か月間で6回以上あった。								
<input type="checkbox"/>	変更理由	<input type="checkbox"/> 医療保険の変更	<input type="checkbox"/> 支給認定基準世帯員の変更	<input type="checkbox"/> 所得の変更	<input type="checkbox"/> 生活保護等の開始/廃止					
		<input type="checkbox"/> その他( )				変更となった日	年	月	日	
	支給認定世帯	保護者				※保護者欄は、申請者欄に記入していない保護者がいる場合記入してください。 ※16歳未満の方は☑を記入して下さい。				
		支給認定基準世帯員	<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員	<input type="checkbox"/>	あん分ありの場合	<input type="checkbox"/>			
		支給認定基準世帯員	<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員	<input type="checkbox"/>	は右に☑	<input type="checkbox"/>			
	階層区分	申し立て事項	<input type="checkbox"/> 【申し立てなし】申し立てるべき事項はありません。	<<申し立てありの場合>> 下記のとおり、相違ないことを申し立てます。 ※申立内容と事実に相違があった場合、難病の患者に対する医療等に関する法律第34条の規定に基づき、既に支給した特定医療費の返還を求めることがあります。						
			<input type="checkbox"/> 【所得証明書類】 支給認定世帯の所得を証明する書類として普通又は特別徴収に係る証明書類を提出しますが、提出した証明書類に記載された金額の他に収入はありません。							
<input type="checkbox"/> 【上位所得】 世帯の所得を証明する書類を提出しないため、上位所得区分となることを了承します。										
<input type="checkbox"/> 【支給認定世帯の市町村民税が全て非課税であり、かつ受診者等の収入金額80万円以下】 受診者等について提出した所得証明書類、収入確認書類(障害年金・遺族年金・特別児童扶養手当等)に記載された金額以外の収入はありません。										
		<input type="checkbox"/> 【医療保険証の提出省略1】 住民票記載の者で医療保険証の提出を省略する者について、支給認定基準世帯員に準じた扱いとなることを了承します。								
		<input type="checkbox"/> 【医療保険証の提出省略2】 住民票上同一世帯の者で、受診者と同一医療保険に加入し得ない者の医療保険証の提出を省略します。								
		<input type="checkbox"/> 【その他】								

(ウラヘ続く)

<<事務処理使用欄>>

階層区分	適用区分	備考
年 月 日 ~ 年 月 日		R コ ケ - 按
年 月 日 ~ 年 月 日		R コ ケ - 按

保健所(保健センター)担当者	※受付印不鮮明又は郵送による申請の場合、受付印の下に受付年月日を記入	交付履歴
保健センター受付印	保健所受付印	大阪府受付印
		有効期間
		年 月 日
		~
		年 月 日
		交付年月日
		年 月 日
		階層/自己負担額
		/
		適用区分
		R コ ケ - 按

### 3 申請事項

<input type="checkbox"/>	あん分（受診者又は支給認定基準世帯員のうち、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の追加等） ※対象者が申請中の場合は、受給者番号欄に申請先自治体、生年月日及び疾病名を記入してください。	【申請区分】	<input type="checkbox"/> 指定難病	氏名		受給者番号		
		<input type="checkbox"/> 追加	<input type="checkbox"/> 小児慢性					
		<input type="checkbox"/> 削除	<input type="checkbox"/> 指定難病	氏名		受給者番号		
		<input type="checkbox"/> 変更	<input type="checkbox"/> 小児慢性					
<input type="checkbox"/>	指定医療機関	指定医療機関の区分／名称			所在地			
		【申請区分】	<input type="checkbox"/> 病院 診療所等	<input type="checkbox"/> 薬局	<input type="checkbox"/> 訪問看護 事業所	【指定医療機関コード】		
		<input type="checkbox"/> 追加	【指定医療機関の名称】			【住所】		
		<input type="checkbox"/> 削除				【電話】		
※指定医療機関のみの変更申請で、お持ちの受給者証に 「各都道府県または指定都市が指定する指定医療機関」と記載されている場合は、 <b>受給者証の交付は行いません。</b> また、 <b>受給者証は指定医療機関であれば使用できます。</b>								

【添付書類】 ※その他必要に応じて提出を求められることがあります。

変更事項	添付書類
指定難病の追加／変更	臨床調査個人票（新規申請用）（難病指定医が作成し、記載した日から6か月以内のもの）
人工呼吸器等	人工呼吸器等装着者の申請時添付書類[所定様式]（指定医が作成し、記載した日から6か月以内のもの）
高額難病治療継続者の該当	自己負担上限額管理票、難病医療費助成に係る医療費総額証明書、特定医療費（指定難病）証明書
あん分（支給認定基準世帯員のうち、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の追加等）	あん分対象者の指定難病又は小児慢性特定疾病受給者証（申請中の場合は、申請書の写し）
階層区分	①世帯全員の住民票（生年月日の記載がある発行から6か月以内のもの） ②住民票記載の者の医療保険証 ③受診者及び受診者と同じ医療保険に加入する者の課税証明書（※受診者が生活保護の場合、福祉事務所等が発行する受給証明書）