

特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書

保健所受付印

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) ☐人工呼吸器等装着 ☐高額かつ長期(高額難病治療継続者) ☐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 →) ☐その他()														
	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							☐ 追加 ☐ 削除 ☐ 継続 ☐ 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

マイナポータルまたは資格確認書等を確認いただき、下記に記載してください。

保険種別	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	
保険者名 (〇〇組合、〇〇市等)		
被保険者氏名 (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	変更なし 追加 削除	本人	昭和 〇年 〇月 〇日 16歳未満の場合チェック ☐	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック ☒
	② 氏名	ヒョウゴ タロウ 兵庫 太郎		父	昭和 〇年 〇月 〇日 16歳未満の場合チェック ☐	
	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 ☐	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック ☐
	カナ				大正・昭和 平成・令和 年 月 日 16歳未満の場合チェック ☐	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック ☐
支給認定基準世帯員	② 氏名		変更なし 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 ☐	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック ☐
	カナ		変更なし 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 ☐	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック ☐
	③ 氏名		変更なし 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 ☐	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック ☐
	カナ		変更なし 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 ☐	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック ☐
	④ 氏名		変更なし 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 ☐	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック ☐
	⑤ 氏名		変更なし 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 ☐	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック ☐
	カナ		変更なし 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 ☐	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック ☐

※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。