

特定医療費支給認定変更申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地
氏 名

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、次のとおり申請します。

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----------------------|---|--|--|--------|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | | |
| 患者 | (ふりがな) 氏名 | | | | | | |
| | 居住地 | 〒 | | | | | |
| | 日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可) | | | | | | |
| 保護者 (患者が18歳未満の場合に記入してください。) | 氏名 | | | | 患者との続柄 | | |
| | 居住地 | 〒 | | | | | |
| | 日中連絡がとれる連絡先(携帯電話番号も可) | | | | | | |

変更事項 (変更を申請する事項のみ記入してください。)

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| 指定難病の名称変更 (疾病追加) | | |
| 自己負担限度額に関する事項 (申請するものに☑を付けてください。) | 高額難病治療継続者としての認定 | <input type="checkbox"/> 申請する |
| | 人工呼吸器等装着者としての認定 | <input type="checkbox"/> 申請する |
| | 患者本人が小児慢性特定疾病児童等に該当 (申請中の場合を含む。) | <input type="checkbox"/> 申請する [受給者番号] |
| | 患者と同じ医療保険に属する者のうち、特定医療費(指定難病)の支給認定を受けた者又は小児慢性特定疾病児童等に該当する者 (申請中の場合を含む。) | <input type="checkbox"/> 申請する [氏名 生年月日 年 月 日 受給者番号] |
| | 生活保護の受給 | <input type="checkbox"/> 申請する |

| | |
|---------|------|
| 保健所等受理印 | 県受理印 |
| | |

必要書類は裏面をご確認ください。

＜必要書類＞ 必要書類は変更事項により異なります。

| 変更事項 | 必要書類 |
|--|---|
| 指定難病の名称変更 (疾病追加) | <ul style="list-style-type: none"> ・追加で申請する疾病の臨床調査個人票（指定医の記載から6か月以内のもの） ・申請書別紙 |
| 高額難病治療継続者としての認定 | <p>申請月を含む過去12か月間で、特定医療費の総額が5万円を超えていることが分かるものを、最低6月分ご提出ください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・指定難病としての支給認定期間：<u>自己負担限度額管理票や領収書、診療報酬明細書、特定医療費請求書のコピー</u> ・小児慢性としての支給認定期間：自己負担上限額管理票のコピー <p>※認定を希望される場合は、高額難病治療継続者の要件を必ずご確認ください。</p> |
| 人工呼吸器等装着者としての認定 | 臨床調査個人票（指定医の記載から6か月以内のもの） |
| 患者本人が小児慢性特定疾病児童等に該当 | 患者本人が、指定難病で認定を受けている疾病以外の疾病名で小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けることとなった場合、「小児慢性特定医療費医療受給者証（給付決定通知書）」のコピー |
| 患者と同じ医療保険に加入している者が、特定医療費（指定難病）の支給認定を受けた者又は小児慢性特定疾病児童等に該当 | <p>対象となる方が指定難病の場合、その方の「特定医療費（指定難病）医療受給者証」のコピー</p> <p>対象となる方が小児慢性特定疾病の場合、その方の「小児慢性特定疾病医療受給者証（給付決定通知書）」のコピー</p> |
| 生活保護の受給の開始 | 生活保護受給証明書 又は 生活保護受給者証のコピー |