

特定医療費支給認定変更申請書

平成30年 9月 3日

記入例

(宛先) 川崎市長

申請者
 住 所 川崎市川崎区宮本町1番地
 氏 名 川崎 二郎



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 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 患 者 | 氏 名 | 川崎 二郎 | | | | | |
| | 住 所 | 〒 210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地 | | | | | |
| | 日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可) | 044 - 111 - 1111 | | | | | |
| 保 護 者 (患者が18歳未満の場合に記入) | 氏 名 | | | | | 患者との続柄 | |
| | 住 所 | 〒 | | | | | ※ 患者と同じ場合は記入不要です。 |
| | 日中連絡がとれる電話番号 (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。)

| 指定医療機関に関する事項 | 医療受給者証に記載の追加を希望する指定医療機関 | | 医療受給者証から記載の抹消を希望する指定医療機関 | |
|--|---|---|---|-------|
| | 名 称 | 所 在 地 | 名 称 | 所 在 地 |
| 自己負担上限月額に関する事項 (該当するものに○印を付けてください。) | 高額難病治療継続者としての認定の申請 | | 有 ・ 無 | |
| | 人工呼吸器装着者としての認定の申請 | | 有 ・ 無 | |
| | 患者が医療費支給認定に係る小児慢性疾患児童等に該当 (申請中の場合を含む。) | | 有 ・ 無 | |
| | 患者と同じ医療保険に加入している者が、指定難病の特定医療費の支給認定を受けた患者又は医療費支給認定に係る小児慢性疾患児童等に該当 (申請中の場合を含む。) | | 有 ・ 無 | |
| | <div style="background-color: yellow; padding: 5px;">「その他」欄に、「みなし寡婦」または「みなし寡夫」の方と子の氏名を記入してください。</div> | | 有 ・ 無 | |
| そ の 他 (変更内容を記入してください。) | | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 〔 みなし寡夫 川崎二郎 子 川崎四郎 〕 </div> | | |
| 指 定 難 病 の 名 称 | | | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 抹消 | |
| | | | <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 抹消 | |

備考 申請者の氏名の記入を自署で行う場合は、押印を省略することができます。