

# 特定医療費支給認定変更申請書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

申請者  
住 所  
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	氏 名						
	住 所	〒					
	日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	—			—		
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。)

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
	生 活 保 護 の 受 給	有 ・ 無
	そ の 他 (変更内容を記入してください。)	有 ・ 無
指 定 難 病 の 名 称		□ 追加 □ 抹消
		□ 追加 □ 抹消

医療受給者証及び変更事項ごとに次の添付書類を添えて申請をしてください。

変更事項	添付資料
指定難病の名称の変更（追加含む）	変更（追加含む）で申請しようとする疾病の臨床調査個人票 ※ 疾病によっては、追加で必要書類の提出を求めています。
高額難病治療継続者としての認定の希望	（高額難病治療継続者とは？） 当該支給認定に係る指定難病に係る医療や指定難病の支給認定を受ける以前の児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療支援に係る医療費が、当申請を行う月以前の12月以内に医療費総額が5万円を超える月が6回以上ある者のこと （添付書類） 月ごとの医療費総額が5万円を超える月が6回以上あることを証明する書類 例）領収書の写し、自己負担限度額管理票の写し ※提出していただいた書類に加え、更に提出書類を求めています。
人工呼吸器等を装着することとなった場合	臨床調査個人票
小児慢性特定疾病児童等に該当	患者本人が小児慢性特定疾病医療受給者である場合、「小児慢性特定医療費医療受給者証（給付決定通知書）」の写し
医療費算定対象世帯員 （患者と同じ医療保険に加入している者）	医療費算定対象世帯員が、指定難病の医療費の支給認定又は小児慢性特定疾病の医療費の支給認定を受けることとなった場合、その方の「特定医療費（指定難病）医療受給者証」又は「小児慢性特定疾病医療受給者証（給付決定通知書）」の写し
生活保護の受給	添付書類は必要ありません。 ※市外で生活保護受給の開始（廃止）のあった支給認定基準世帯員等は、マイナンバーの記載又は証明書類（被保護者証明等）の添付が必要です。（マイナンバーの記載が必要な場合、変更届を併せて提出してください。）
その他	（課税状況の変更の場合） 添付書類は必要ありません。 ※市外で市民税を課税されている支給認定基準世帯員等はマイナンバーの記載又は（非）課税証明書等の証明書類の添付が必要となる。（マイナンバーの記載が必要な場合、変更届を併せて提出してください。）