

特定医療費（指定難病）支給認定申請書【更新申請・変更届】

1 枚

大阪市長 様

難病患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）第6条第1項の規定により、次の通り申請します。また、変更がある場合、難病患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、届出します。本申請や届出の認定に必要な場合は、大阪市において、臨床調査個人票に関する医療情報、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。

		年 月 日	
受診者	氏名	受給者番号	
申請者	氏名	<input type="checkbox"/> 受診者と同じ <input type="checkbox"/> 下記の者に本件申請を委任します。	電話番号 (自宅) (携帯)
	住所		続柄

※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。

1. 受給者証記載情報

下記の表のうち太線部分について現在お持ちの特定医療費（指定難病）受給者証の記載情報を印字していますので、変更がある場合は、変更ありに☑のうえ、変更後の内容を記入してください。人工呼吸器装着、高額かつ長期、按分については、新たに該当する場合だけでなく、継続して該当する場合も、該当箇所に☑のうえ、必要書類を提出してください。

受診者	氏名	<input type="checkbox"/> 変更あり	()
	住所	<input type="checkbox"/> 変更あり	〒 -
送付先	氏名	<input type="checkbox"/> 変更あり	()
	住所	<input type="checkbox"/> 変更あり	〒 -
加入医療保険 被保険者証の記号番号		<input type="checkbox"/> 変更あり	保険者名称 記号 番号 枝番 ⇒同時に階層区分を見直す場合、別途「変更申請書」の提出が必要。
病名		<input type="checkbox"/> 追加あり <input type="checkbox"/> 変更あり	⇒疾病の追加、又は変更がある場合、別途「変更申請書」と「臨床調査個人票（新規）」が必要。
月額自己負担 上限額 / 階層区分			⇒申請日の翌月から階層区分を見直し、適用を希望する場合は、別途「変更申請書」の提出が必要。
負担	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/> 該当あり	⇒継続該当の場合、左記に☑の上、診断書の人工呼吸器欄に記載があることが必要。 ⇒新たに該当となる場合、上記に加えて、別途「変更申請書」の提出も必要。
	高額かつ長期 ※2枚目最下段参照	<input type="checkbox"/> 該当あり	⇒継続該当の場合、左記に☑の上、自己負担上限額管理票の写し等の提出が必要。 ⇒新たに該当となる場合で、申請日の翌月から上限額の見直しを希望する場合は、上記に加えて、別途「変更申請書」の提出も必要。
	按分	<input type="checkbox"/> 該当あり	⇒継続該当の場合、左記に☑の上、申請書2枚目の4へ按分対象者の記入が必要。 ⇒新たに該当となる場合は、上記に加え、別途「変更申請書」の提出も必要。
	軽症者特例		⇒指定医が記載した臨床調査個人票が「重症度」を満たさない場合は、医療費総額が確認できる書類（自己負担上限額管理票の写し等）の提出が必要。
指定医療機関		<input type="checkbox"/> 変更あり	⇒変更後の指定医療機関名を、申請書2枚目の5へ記入が必要。

《 事務処理記載欄 》

保健所受付印		保健福祉センター-受付印		保健所記入欄							
				~ A B1 B2 C1 C2 D 軽症 高長 令和6年1月1日～令和6年12月31日 A B1 B2 C1 C2 D 軽症 高長							
				呼 吸 器	長 高 期 額	あ 按 り 分	変 更 な し	変 更 あ り	住 所	氏 名	
								切 り 離 し	保 険	階 層	
保健福祉 センター 記入欄		確認者						負 担	病 名		
		日付	年 月 日	受付印不鮮明の場合日付記載							