

701		801	
-	高 R	-	高 R

## 特定医療費（指定難病）支給認定 変更申請書

大阪市長 様

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、申請をします。  
また、その認定に必要な個人市民税課税台帳等関係公簿を大阪市が閲覧することに承諾します。

年 月 日

<b>受診者</b> <input type="checkbox"/> 送付先	フリガナ				電話	(自宅) (携帯)										
	氏名	○														
	生年月日	年	月	日	個人番号	前回申請時と変更がなければ記入不要										
	住所	〒□□□-□□□□ 大阪市				受給者番号										
下記いずれかに☑をつけてください。(↑↓氏名を自署する場合は押印は省略できます)																
<input type="checkbox"/> 受診者本人を申請者として、本件の申請をします。(下記の申請者欄は不要です。)																
<input type="checkbox"/> 下記の者を申請者として、本件の申請を委任します。(下記の申請者欄に記載が必要です。)																
↓受診者本人が申請者の場合は、記載は不要です。(但し、受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。)																
<b>申請者</b> <input type="checkbox"/> 送付先	フリガナ				電話	(自宅) (携帯)										
	氏名	○														
	住所	〒□□□-□□□□				受給者番号										
	受診者との関係				個人番号	前回申請時と変更がなければ記入不要										

必要な申請事項について、太枠の中にご記入ください。(表)

**申請が必要な項目番号に○を付けて、必要事項及び☑をご記入ください。**

1	指定難病の追加・変更	<input type="checkbox"/> 追加  <input type="checkbox"/> 変更	(追加・変更する病名)													
2	人工呼吸器 体外式補助人工心臓 の装着	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 体外式補助人工心臓														
3	支給認定基準世帯員のうち、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の追加等	【区分】	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号											
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	生年月日	年	月	日										
			氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号											
			生年月日	年	月	日										

(ウラヘ続く)

⇒事務処理欄	有効期間	年	月	日	～	年	月	日	階層区分	適用区分	備考									
		年	月	日	～	年	月	日												
		年	月	日	～	年	月	日												
	確認者		(印)			受付日		年		月		日								
	保健所受付印				保健福祉センター受付印				交付履歴											
有効期間												年	月	日						
												～	年	月	日					
交付年月日												年	月	日						
階層/適用区分												/								

必要な申請事項について、太枠の中にご記入ください。(裏)

4	指定医療機関	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかに☒を記入してください。	【住所】  TEL
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかに☒を記入してください。	【住所】  TEL
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかに☒を記入してください。	【住所】  TEL
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかに☒を記入してください。	【住所】  TEL
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかに☒を記入してください。	【住所】  TEL
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	【医療機関名】 <input type="checkbox"/> 病院・ <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護事業所 ※いずれかに☒を記入してください。	【住所】  TEL
5	階層区分	<<変更理由>> <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者の変更 <input type="checkbox"/> 同一保険の世帯員の変更 <input type="checkbox"/> 市民税額等の変更 <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 保険の加入 <input type="checkbox"/> 境界層該当 <input type="checkbox"/> その他 (      )		
6		高額難病治療継続者の該当	<input type="checkbox"/> 支給認定を受けた指定難病に関する月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上となった。	

【添付書類】

変更事項	添付書類
共通	医療受給者証の写し
1 指定難病の追加変更	臨床調査個人票（新規）[所定様式]
2 人工呼吸器・体外式補助人工心臓の装着	人工呼吸器等装着者の申請時添付書類[所定様式]
3 支給認定基準世帯員のうち、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の追加等	医療受給者証の写し（申請中の場合は、申請書の写し）又は確認書
5 階層区分の変更	必要な書類は、加入している医療保険・変更理由によって異なります（住民票上の世帯全員の健康保険証の写し、境界層該当証明書、生活保護適用証明書、課税証明書等）
6 高額難病治療継続者の該当	自己負担上限額管理票（写し）