

特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書									
公費負担者番号		542860 18 26			受給者番号				
受診者	フリガナ				年齢	生年月日			
	氏名					大正・昭和 平成・令和 年 月 日			
	住所	〒				電話 () -			
保護者	フリガナ				受診者との関係				
	氏名								
	住所 (受診者と異なる場合)	〒				電話 () -			
事項		変更前			変更後				
変更のある事項について記載してください	指定難病の名称の変更・追加 (上記該当する内容に○)	既認定疾病 (告示番号・病名)			変更・追加する疾病 (告示番号・病名)				
	自己負担上限月額に関する事項 <small>※保険変更に伴う階層区分の変更は、様式第5号で届出してください。</small>	(変更内容) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期(高額難病治療継続者) <input type="checkbox"/> 階層区分(自己負担上限額)の変更(保険変更を伴わない場合のみ) ※裏面を記載のうえ、課税証明書類の提出(マイナンバー不可) (階層区分 →) <input type="checkbox"/> その他()							
	市町民税非課税で、本人(又は保護者)の年収80万円以下の場合	市町民税非課税世帯で、受給者本人(保護者)の収入(障害年金や特別児童扶養手当等を含む)が、年間80万円以下であることを申告します。 申請者氏名							
	軽症者特例 (指定難病の名称の変更・追加がある場合)	難病治療にかかる月ごとの医療費総額(保険適用分に限る)が、33,330円を超える月が年間3回以上ある者				有・無		いずれかに○	
	按分	受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する世帯員(16歳未満含む)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				(有・無)		記載してください	
難病・小児		フリガナ氏名	病名		(告示番号)	受給者番号			
受給者証記載の住所と送付先が異なる場合は、右記に記載してください。		〒 あて名 様(続柄:)							
私は、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。 申請者氏名 令和 年 月 日 兵庫県知事様									

◆ 臨床調査個人票の研究利用について ◆

指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別紙<臨床調査個人票の研究利用に関するご説明>のとおり、指定難病等の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。

厚生労働大臣 様 同意します ・ 同意しません

○別紙<臨床調査個人票の研究利用に関するご説明>について
 ※掲載場所URL: https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/shiteinanbyou_shinsei.html
 (兵庫県ホーム>暮らし・教育>健康・福祉>難病>難病医療費助成制度に関するご案内>指定難病の医療費助成制度の申請手続きについて)

以下の1～2の項目を記載してください。

※自己負担上限月額を決定するために必要な書類を添付の上、申請してください。(マイナンバーによる情報連携不可)
 ※記載漏れや書類不備がある場合、追加書類を提出いただく他、通常よりも受給者証の交付が遅れる可能性があります。
 ※医療保険の変更、生活保護の受給等に伴う階層区分の変更の場合、様式第5号(変更届)により提出してください。

1 医療保険について

以下に記載のうえ、保険証の写しを添付してください。

保険種別	被用者保険(社会保険)・国民健康保険・国民健康保険組合・後期高齢	
保険者名 (〇〇組合、〇〇市等)		
被保険者氏名 (患者との続柄)	(氏名)	(続柄)

2 支給認定基準世帯員について

支給認定基準世帯員(受診者(患者)と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する16歳以上の方)について、漏れなく記載してください。

なお、今回、支給認定基準世帯員から外れた方がある場合は、当該世帯員について記載のうえ、斜線を引いてください。

	フリガナ		変更の有無	続柄	生年月日		現住所 (受診者住所と異なる場合のみ 郵便番号、県・市区町村名まで記載) ※受給者住所と同じ場合はチェックのみ
	氏名				※16歳未満かどうか		
記載例	①受診者	ヒョウゴ ハナコ 兵庫 花子	/	本人	昭和 ○年 ○月 ○日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	/
	②氏名	ヒョウゴ タロウ 兵庫 太郎			昭和 ○年 ○月 ○日		
支給認定基準世帯員	①受診者	/	/	本人	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ	/			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	②氏名	/			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ	/			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	③氏名	/			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ	/			大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
④氏名	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>			
カナ	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>			
⑤氏名	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>			
カナ	/	大正・昭和 平成・令和 年 月 日	16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	〒 現住所: 受給者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>			

※社会保険(健康保険組合、共済組合、全国健康保険協会等)にご加入の場合は、受給者と被保険者の方について、記載してください。

※国民健康保険組合(業種別国保)にご加入の場合は、受給者と同じ医療保険(記号番号も同じ)に加入する方全員(16歳未満の方も含む)を記載してください。