

特定医療費支給認定 変更申請書

京都府知事 様

年 月 日

 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、
 本申請書に記載のとおり申請します。

受給者番号

患 者	フリガナ			大正・昭和・平成・令和	
	氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 京都府			
	電話番号	自宅： - -	携帯： - -		

申請者について該当する□に✓を記入してください。

申 請 者 (保 護 者)	<input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 患者とは異なる（詳細を以下に記載）	
	フリガナ	患者との関係
	住所	〒
	電話番号	自宅： - - 携帯： - -

送付先について該当する□に✓を記入してください。

送 付 先	<input type="checkbox"/> 患者に送付 <input type="checkbox"/> 申請者に送付 <input type="checkbox"/> その他（詳細を以下に記載）	
	フリガナ	患者との関係
	住所	〒
	電話番号	自宅： - - 携帯： - -

変 更 事 項	<input type="checkbox"/> 疾病名 <input type="checkbox"/> 告示番号 <input type="checkbox"/> 指定難病名	診断年月日 <small>(臨床調査個人票から転記)</small>	年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 申請までに時間を要した理由を右から選択（上記の「診断年月日」が申請の1か月以上前になる場合又は空欄の場合） <small>※やむを得ない理由がない場（該当しない場合含む。）は、申請した日から1か月前の同日が支給開始日の遡り上限となります。</small>	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等使用 <small>(右記いずれか)</small>	・常に人工呼吸器を装着しており離脱見込みがなく、生活上介助が必要 ・体外式補助人工心臓を使用		
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期	申請日の属する月以前の12か月間（特定医療費の助成開始日以降）に、上記の指定難病に係る月ごとの医療費総額が50,000円を超える月が6回以上		
階 層 区 分	<input type="checkbox"/> 加入保険の変更 <input type="checkbox"/> 世帯員の変更			
	<input type="checkbox"/> 患者と同一保険の家族が特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費の受給者として認定された（按分） <input type="checkbox"/> 生活保護等の開始・廃止 <small>(以下に開始日又は廃止日を記載)</small>	開始日・廃止日		
	<input type="checkbox"/> 患者本人が小児慢性特定疾病医療費の受給者として認定された（按分）	年 月 日		

受 付 印

支給認定基準世帯員（※1）以下について必要な方を記載してください。

※1 自己負担上限額算定時に参照する世帯員です。患者が加入する公的医療保険に応じて参照範囲は異なります。参照範囲は「必要書類（新規）」7頁の「支給認定基準世帯員のフローチャート」をご確認ください。

※2 個人番号については、確認できる添付書類（個人番号が表示されている住民票の写し等）があれば省略可能です。その場合は、「記載省略（添付書類あり）」の口に入力してください。

患者	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号（※2）	<input type="checkbox"/> 省略（添付書類ありの場合）					
	1頁患者欄に同じ	本人	<input type="checkbox"/> 該当							
	公的医療保険情報（※2） <input type="checkbox"/> 生活保護・中国残留邦人等支援給付									
	保険者番号				保険者名称					
	記号				番号				枝番	
	加入保険の種別が社会保険の場合、患者の該当する区分（被保険者又は被扶養者）を選択 → <input type="checkbox"/> 患者が被保険者 <input type="checkbox"/> 患者が被扶養者（家族が被保険者） ★世帯員①に家族の情報をお書きください									
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年									
都・道・府・県					市・区・町・村					

★患者が社会保険の「被扶養者」に該当する場合、被保険者の情報を記載

世帯員①（★）	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 省略（添付書類ありの場合）				
			<input type="checkbox"/> 該当						
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年								
都・道・府・県					市・区・町・村 <input type="checkbox"/> 患者と同じ				

世帯員②	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 省略（添付書類ありの場合）				
			<input type="checkbox"/> 該当						
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年								
都・道・府・県					市・区・町・村 <input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 世帯員①と同じ				

世帯員③	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 省略（添付書類ありの場合）				
			<input type="checkbox"/> 該当						
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年								
都・道・府・県					市・区・町・村 <input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 世帯員（ ）と同じ				

世帯員④	氏名	患者との続柄	16歳未満	個人番号	<input type="checkbox"/> 記載省略（添付書類あり）				
			<input type="checkbox"/> 該当						
	1月1日時点（※）で居住していた市区町村 ※1～6月中の申請は前年、7～12月中の申請は当年								
都・道・府・県					市・区・町・村 <input type="checkbox"/> 患者と同じ <input type="checkbox"/> 世帯員（ ）と同じ				

<所得に関する申立事項>

<input type="checkbox"/>	上位所得	以下のいずれかに該当するため、上位階層（自己負担上限月額30,000円）になることに同意します。 ・「患者本人以外の住民票の写し」及び「患者本人以外の加入医療保険の確認に必要な情報（個人番号を含む）」を省略 ・海外に在住していた等により必要な課税情報の確認ができない
<input type="checkbox"/>	低所得Ⅰ	非課税世帯かつ年間収入80万円以下（※）のため、低所得Ⅰ（自己負担上限月額2,500円）の階層に該当します。 ※詳細な要件は「必要書類（新規）」をご確認ください。

<委任状>患者又は法定代理人以外の方が申請する場合に記入してください。

京都府知事 様

私は、（受任者名： ）を代理人と定め、特定医療費（指定難病）の支給認定申請に係る手続きを委任します。

年 月 日 委任者名：

代理人住所

申請者との続柄