

（表）

特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書											
患者（受診者）	受給者番号										
	ふりがな 氏 名							生 年 月 日			
								年 月 日（ 才）			
	住 所 (居住地)	〒						連絡先 (電話)			
	個人番号										
	加入医療保険	被保険者氏名							患者との続柄		
		保 険 種 別	健保協会 健保組合 国保 退職国保 後期 共済 船員 国保組合								
保険者名称						被保険者証 記号・番号					
病 名							疾病番号				
患者が 18歳未 満の場 合	ふりがな 保護者氏名							患者との 続柄			
	保護者住所	〒						連絡先 (電話)			
	個人番号										
変 更 事 項	事項	変更前				変更後					
	<input type="checkbox"/> 病名										
	<input type="checkbox"/> 受診を希望 する指定医 療機関等	医療機関等の名称および所在地				医療機関等の名称および所在地					
	<input type="checkbox"/> 自己負担上 限額の特例	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着			<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着				
		<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続者			<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続者				
<input type="checkbox"/>		軽 症 者 特 例			<input type="checkbox"/>	軽 症 者 特 例					
他の指定難病での受給者証の支給の有無						有（受給者番号 ）・ 無					
申請する受給者証と同じ世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病医療費助成を受けており、かつ、同じ医療保険に加入する者の有無						有（氏名・受給者番号 ）・ 無					
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を滋賀県知事が厚生労働大臣に提供し、指定難病等の治療研究等、指定難病に係る研究および政策を立案するための基礎資料として厚生労働大臣が利用することに同意します。 【同意する場合のみ記入してください。】 年 月 日 申請者 氏名						申請受付年月日					
私は、上記のとおり特定医療費の支給を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 受給者との続柄（ ） (宛先) 滋賀県知事											

保 健 所 記 入 欄	世帯の市町村 民税課税状況 等	課税	円 (市町村民税課税額(所得割))			自己負担上限額の特 例に関する書類確認	有・無
		非課税	本人（保護者）収入 額	80万円以下・80万円を超える		月額自己負担 上限額	
	加入医療保険 変更の有無	有・無	送付先 の有無	有・無	特記事項		

- 注1 受診を希望する指定医療機関等欄（薬局または訪問看護事業所等を含む。）に不足があるときは、裏面に記載してください。
- 2 加入医療保険欄は裏面も記載してください。
- 3 変更事項欄の該当するものの□にレ印を記入してください。
- 4 自己負担上限額の特例欄の記載は、裏面の注意事項を参照の上、該当するものの□にレ印を記入してください。

(裏)

○注意事項

- (1) 人工呼吸器等装着
継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。
生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に1日中施行することが必要であつて離脱の可能性がないことをいう。
- (2) 高額な医療が長期的に継続する患者の特例（「高額難病治療継続者」）
高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者であること。
- (3) 高額な医療を継続することが必要な軽症者の特例（「軽症者特例」）
指定難病の症状の程度が、特定医療費の支給の対象とならない軽症者であっても、当該指定難病に係る医療費の総額が月額33,330円を超える月が年間3回以上ある者で、当該医療を継続する必要があるものについては、特定医療費の支給の対象となる場合があります。
上記の特例については医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。

○加入医療保険に関する事項

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

変更事項	□	世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	

○指定医療機関に関する事項

受診を希望する指定医療機関等

受診を希望する指定医療機関等	変更前	変更後
	医療機関等の名称および住所	医療機関等の名称および住所

【受診者の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏名	本人との関係（ ） 電話（ ）