

受付番号

特定医療費支給認定変更申請書

年 月 日

相模原市長 あて

私（申請者）は、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第33条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	受給者番号			
	患者	フリガナ		
		氏名		電話番号
	住所	〒 -		
	保護者	フリガナ		
		氏名		電話番号
住所	〒 -			
窓口に 来た人	氏名		電話番号	
	住所	〒 -		
		患者との 続柄		

変更事項のみ記入してください。 ※添付書類は裏面をご確認ください。

指定難病	追加	追加する疾病名		
	変更	変更前の疾病名	変更後の疾病名	
自己負担上限額	高額難病治療継続者としての認定希望（高額かつ長期）		有	無
	人工呼吸器等装着者としての認定希望		有	無
	生活保護の受給		有	無
	患者本人が既に患っている指定難病以外の疾病で小児慢性特定疾病児童等に該当		有	無
	患者と同一の健康保険に加入している方のうち、指定難病の患者又は小児慢性特定疾病児童等に該当		受給者番号：	
		有	無	
		該当者氏名： 生年月日： 年 月 日 受給者番号：		
その他（右の欄に該当の事由を記入）		市町村民税の課税状況の変更 ・ （ ）		
指定医療機関	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	名称	所在地	
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	名称	所在地	
	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除	名称	所在地	

【表面】 以下、市使用欄
 【保健センター】 受付者 入力者
 【疾病対策課】 入力者
 マイNo. : 有 ・ 無 照会 : 有 ・ 無
 送 変 : 有 ・ 無 証明 : 有 ・ 無
 限度額 : 増 ・ 減
 変更日 : /

■添付書類

変更事項	添付書類	対象者
指定難病	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票(難病指定医の記載から3か月以内のもの) ※ 疾病によっては、エックス線フィルムなどの資料が必要です。 詳しくは、下記の表をご確認ください。 臨床調査個人票の研究利用に関する同意書 	-
高額難病治療継続者 (高額かつ長期)	<ul style="list-style-type: none"> 算定対象月の自己負担上限額管理票の写しや領収書の写しなど ※ 申請月を含め12か月以内に医療費総額5万円を超える月が6回以上 	<p>支給認定を受けた指定難病及び小児慢性特定疾病に係る月毎の医療費総額(10割)が5万円を超える月が申請月を含め12か月以内に6回以上ある方</p> <p>※算定可能な小児慢性特定疾病に係る医療費総額は指定難病の医療費助成を受ける前のものに限りします。</p>
人工呼吸器等装着	<ul style="list-style-type: none"> 臨床調査個人票(難病指定医の記載から3か月以内のもの) 	-
生活保護の受給	<ul style="list-style-type: none"> 生活保護受給票の写し、又は生活保護受給証明書の写し 	-
指定難病の患者又は 小児慢性特定疾病児童	<ul style="list-style-type: none"> 特定医療費(指定難病)医療受給者証の写し 	患者と同一の健康保険に加入している方
	<ul style="list-style-type: none"> 小児慢性特定医療費医療受給者証の写し 	患者や患者と同一の健康保険に加入している方
その他	市町村民税の課税状況	患者又は支給認定基準世帯員のうち、市町村民税の課税状況が変更になった方
	市町村民税の課税状況以外	
指定医療機関	なし	-

■指定難病の追加又は変更の申請の方はお読みください。

別紙「臨床調査個人票の研究利用に関する同意書」内にある「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」をご確認ください。説明をお読みにになり、本申請書に添付された臨床調査個人票について、指定難病の治療研究等、指定難病にかか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に同意される場合は、「臨床調査個人票の研究利用に関する同意書」の提出をお願いします。

■書類の送付先・問合せ先

送付先 : 〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 疾病対策課 難病対策班
 問合せ先: 疾病対策課 難病対策班 042-769-8324 (直通)

※窓口へ直接申請される場合は、各保健センターにご提出ください。