

受付印

様式6号 (R5.4改正)
(表面)

小児慢性特定疾病支給認定申請書 (変更)						
公費負担者番号		5228 8016 7018		受給者番号		
受診者	フリガナ				生年月日	
	氏名				平成・令和 年 月 日	
	住所	〒			電話 () -	
申請者※	フリガナ				受診者との関係	
	氏名					
	住所	〒			電話 () -	
↑※ 受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人と記載する。						
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	小児慢性特定疾病の名称の変更・追加 (上記該当する内容に○)		既認定疾病名		変更・追加する疾病名	
	自己負担上限月額に関する事項 ※保険変更に伴う階層区分の変更は、様式7号で届出してください。		(変更内容) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 高額治療継続者(高額かつ長期) <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、申請者(保護者)の年収80万円以下の場合		市町民税非課税世帯で、申請者(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(保護者)氏名			
	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) <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除
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、上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給認定における変更を申請します。 また、提出した医療意見書については、下記に記載のとおり研究利用について同意の上、申請します。 申請者氏名 令和 年 月 日 兵庫県知事様						

◆ 医療意見書の研究利用についての同意内容 ◆
私は、小児慢性特定疾病に係る医療費助成の申請に当たり、提出した医療意見書が、別紙<医療意見書の研究利用に関するご説明>のとおり、小児慢性特定疾病等の治療研究等、小児慢性特定疾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に同意します。
○別紙<医療意見書の研究利用についてのご説明>について
※掲載場所URL: <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf16/syounishinsei.html>
(兵庫県ホーム > 暮らし・教育 > 健康・福祉 > 難病 > 小児慢性特定疾病の医療費助成制度の申請手続きについて)

【自己負担上限月額(階層区分)の変更申請】

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7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	
保険者名 (〇〇組合、〇〇市等)		
被保険者氏名 (受診者との続柄)	(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					
記載例	① 受診者	ヒョウゴ ハナコ 兵庫 花子	/	本人 女	平成 ○年 ○月 ○日	/
	② 氏名	ヒョウゴ タロウ 兵庫 太郎		父 男	昭和 ○年 ○月 ○日 16歳未満の場合チェック <input type="checkbox"/>	
支給認定基準世帯員	① 受診者		/	本人	平成・令和 年 月 日	/
	② 保護者		・変更なし ・追加 ・削除		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: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ		・変更なし ・追加 ・削除		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: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	③ 氏名		・変更なし ・追加 ・削除		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: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
	カナ		・変更なし ・追加 ・削除		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: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>
④ 氏名		・変更なし ・追加 ・削除		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: 受診者住所と同じ場合チェック <input type="checkbox"/>	
⑤ 氏名		・変更なし ・追加 ・削除		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: 受診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、受診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、受診者と同じ医療保険(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。