

特定医療費（指定難病）支給認定申請内容 変更届

(表面)

公費負担者番号		5 4 2 8 6 0 ^{1 8} _{2 6}		受 給 者 番 号			
受 診 者	フリガナ			年 齢		生 年 月 日	
	氏 名					大正・昭和 年 月 日	
	住 所	〒				電話 () ー	
保 護 者	フリガナ			受診者 との続柄			
	氏 名						
	住 所 (受診者と異なる場合に記入)	〒				電話 () ー	
受診者・（保護者）に関する事項		変 更 前		変 更 後			
変 更 の あ る 事 項 に 関 する	☐	住 所	〒		〒		
	☐	フリガナ 氏 名					
	☐	電 話 番 号	ー ー		ー ー		
	☐	個人番号 (マイナンバー)	変更前の個人番号は記載不要		変更後の個人番号は、別紙 特定医療費（指定難病）支給認定個人番号記載票に記載のこと		
	☐	医療保険に 関する事項	裏面に記載してください。				
	☐	市町民税非課税で、本人（又は保護者）の年収80万9千円以下の場合	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80万9千円以下であることを申告します。 申請者氏名				
	☐	上位所得の申立	階層区分が「上位所得」となることを了承します。 ※課税状況を確認せず、上限額が30,000円または20,000円になります。 ←該当する場合は○				
	☐	生活保護の開始	・生活保護受給開始日：（和暦） 年 月 日から ・医療保険の加入： ☐ なし ☐ あり（継続） ☐ あり（受給者証記載の保険から変更がある※） ※保険に変更がある場合裏面に記載してください				
	☐	生活保護の停止解除 (医療扶助の再開等)	・生活保護受給継続 ・医療保険の加入なし ・医療保険の資格喪失日：（和暦） 年 月 日（停止解除日）				
	☐	生活保護の停止等	・生活保護受給継続 ・医療保険の加入： ☐ 今回新しく加入 ☐ 受給者証記載の保険から変更 ・医療保険の資格取得日：（和暦） 年 月 日（停止日）※裏面も記載してください				
☐	生活保護の廃止	・生活保護廃止日：（和暦） 年 月 日から ・医療保険の加入： ☐ 今回新しく加入※ ☐ 受給者証記載の保険から変更※ ☐ 継続 ※裏面も記載してください					
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。（今後の受給者証・更新案内の送付先として登録されます）		〒 あて名 様(続柄:)					
難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第1項の規定により、上記のとおり届け出ます。 本届出の認定に必要な場合は、兵庫県において、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給者情報、特別児童扶養手当情報、特別障がい者手当情報、障がい児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。 兵 庫 県 知 事 様 令和 年 月 日 届出者氏名							

※変更申請の時期(6/2以降)によっては、新年度の課税状況を確認し、階層区分を見直す必要があります。
その際は追加書類を依頼する可能性があります。