

指定難病特定医療費変更申請書

指定難病の患者	受給者番号	疾病名				
	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	氏名		男・女	歳	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	
	住所	〒		連絡先 (TEL)	固定電話 携帯電話	
歳未満の患者(患者が18歳未満の場合記入)	フリガナ			患者との続柄		
	氏名					
	住所 (患者と異なる場合に記入)	〒		連絡先 (TEL)	固定電話 携帯電話	
変更する項目() 必要事項に()	1	指定難病の追加変更	(疾病名)			
	2	自己負担上限額に関する事項	(変更理由) <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 (人工呼吸器 ・ 体外式補助人工心臓) <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 (高額難病治療継続者) <input type="checkbox"/> 寡婦 (夫) 控除のみなし適用 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	3	支給認定基準世帯員のうち、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の追加等	<input type="checkbox"/> 追加	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病	受給者番号
			<input type="checkbox"/> 変更	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性	
4	指定医療機関の変更 ※詳細は裏面に記載してください	<input type="checkbox"/> 追加	氏名	<input type="checkbox"/> 指定難病	受給者番号	
		<input type="checkbox"/> 変更	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 小児慢性		
<p>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、上記内容の変更を申請をします。</p> <p>申請者 (患者本人の氏名を記入してください。患者が18歳未満の場合は保護者の氏名を記入してください。)</p> <p>氏名 _____ 印 (記名押印又は自筆による署名)</p> <p>年 月 日 _____ 茨城県知事 殿</p>						
<p>(臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」(別紙様式1)をご確認いただき、以下に署名をお願いします。)</p> <p>私は、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が、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の治療研究等、指定難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を同意します。</p> <p>申請者 (患者本人の氏名を記入してください。患者が18歳未満の場合は保護者の氏名を記入してください。)</p> <p>氏名 _____ 印 (記名押印又は自筆による署名)</p> <p>年 月 日 _____ 厚生労働大臣 殿</p>						

※ 必要な添付書類は裏面をご覧ください

裏面に続く

※表面で「変更する項目」の「4」に○をつけた場合にご記入ください

<変更する指定医療機関> ※受給者証への追加または削除する医療機関を記載してください。		病院・診療所 保険薬局・訪問看護事業者名	(追加の場合のみ) 所在地
受給者証への追加・削除 ※いずれかに○	種 別 ※いずれかに○		
追 加 削 除	医 療 機 関 保 険 薬 局 訪 問 看 護 事 業 者		
追 加 削 除	医 療 機 関 保 険 薬 局 訪 問 看 護 事 業 者		
追 加 削 除	医 療 機 関 保 険 薬 局 訪 問 看 護 事 業 者		
追 加 削 除	医 療 機 関 保 険 薬 局 訪 問 看 護 事 業 者		
追 加 削 除	医 療 機 関 保 険 薬 局 訪 問 看 護 事 業 者		
追 加 削 除	医 療 機 関 保 険 薬 局 訪 問 看 護 事 業 者		

【添付書類】

変更事項	添付書類
1 指定難病の追加変更	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票[所定様式] ※難病指定医が記載
2 自己負担上限額に関する事項	<ul style="list-style-type: none"> • 人工呼吸器装着 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>臨床調査個人票[所定様式] ※難病指定医又は協力難病指定医が記載 ※人工呼吸器・体外式補助人工心臓の装着について確認できる部分のみの記載で可 • 高額かつ長期（高額難病治療継続者） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>自己負担上限額管理票（写し） • 寡婦（夫）控除のみなし適用 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/>戸籍謄本又はみなし寡婦（夫）の適用対象者本人の戸籍全部事項証明書 ※原則，発行から3か月以内 <input type="checkbox"/>誓約書（別紙様式4） • その他の事項 <ul style="list-style-type: none"> 自己負担上限額に関する事項に変更があったことが確認できる書類
3 支給認定基準世帯員のうち、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の追加等	<input type="checkbox"/> 医療受給者証の写し（申請中の場合は、申請書の写し）