

指定難病特定医療費変更申請書

1. 指定難病の患者	受給者番号		疾病名		
	フリガナ		年齢	生 年 月 日	
	氏 名		歳	年 月 日	
	住 所	〒	連絡先 (TEL)	電話番号1	電話番号2
2. 申請者※	※患者本人が申請者の場合は、記入不要です。患者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。				
	フリガナ		患者との続柄		
	氏 名				
	住 所	〒	連絡先 (TEL)	電話番号1	電話番号2
<p style="color: red;">＜委任状欄＞※患者以外の方（保護者を除く）が申請される場合に記入してください</p> <p>私は、次の者を代理人として、指定難病特定医療費支給認定手続き及び受給に関する権限を委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>代理人氏名 _____ 患者氏名 _____ 茨城県知事 殿</p>					
3 変更する項目 <small>（該当する項目に○、必要事項に□）</small>	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"/> 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方の追加等	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日	<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性
4. 特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 <small>（指定難病の追加変更時のみ記入）</small>		年 月 日	※特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、 <b style="color: red;">臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。 【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】※該当するものに☑ <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他（ ）		
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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____ 茨城県知事 殿</p> <p style="text-align: center;">必要書類は裏面をご覧ください</p>					

変更事項	必要書類
①指定難病の追加変更	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 指定難病特定医療費変更申請書(様式第5号) <input type="checkbox"/> 「指定難病特定医療費受給者証」のコピー <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票[所定様式] ※難病指定医が記載 <input type="checkbox"/> (軽症高額該当の場合)自己負担上限額管理手帳の該当月のコピー(過去1年間に医療費総額が33,330円を超えている月のコピーを3ヶ月分) <ul style="list-style-type: none"> ・自己負担上限額管理手帳では証明できない場合、医療費申告書(別紙様式3)及び領収書のコピー(該当月分) <input type="checkbox"/> 84円分の切手を貼った返信用封筒(長3形 23.5×12cm)
②自己負担上限額に関する事項	<p>【人工呼吸器装着】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 指定難病特定医療費変更申請書(様式第5号) <input type="checkbox"/> 「指定難病特定医療費受給者証」のコピー <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票[所定様式] <ul style="list-style-type: none"> ※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 <input type="checkbox"/> 84円分の切手を貼った返信用封筒(長3形 23.5×12cm)
	<p>【高額かつ長期(高額難病治療継続者)】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 指定難病特定医療費変更申請書(様式第5号) <input type="checkbox"/> 「指定難病特定医療費受給者証」のコピー <ul style="list-style-type: none"> ※小児慢性特定疾病の医療費総額を算定対象とする場合は「小児慢性特定疾病医療受給者証」のコピー <input type="checkbox"/> 医療費の支払い状況がわかるもの(次のいずれも可) <ul style="list-style-type: none"> ・指定難病、小児慢性特定医療費自己負担上限額管理手帳のコピー(過去1年間に医療費総額が50,000円を超えている月のコピーを6ヶ月分) ・自己負担上限額管理手帳では証明できない場合、医療費申告書(別紙様式3)及び領収書のコピー(該当月分) <input type="checkbox"/> 84円分の切手を貼った返信用封筒(長3形 23.5×12cm)
	<p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 指定難病特定医療費変更申請書(様式第5号) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 「指定難病特定医療費受給者証」のコピー <input type="checkbox"/> (市町村民税非課税世帯のみ)公的年金等(障害年金等)受給額を証明できるもののコピー <input type="checkbox"/> 84円分の切手を貼った返信用封筒(長3形 23.5×12cm) <ul style="list-style-type: none"> ※世帯の変更もある場合は、世帯状況調書(別紙様式2)の提出も必要です。
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方の追加等	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 指定難病特定医療費変更申請書(様式第5号) <input type="checkbox"/> 「指定難病特定医療費受給者証」のコピー <input type="checkbox"/> 追加・削除をする者の指定難病または小児慢性特定疾病の受給者証のコピー(申請中の場合は、申請書の写し) <input type="checkbox"/> 追加申請の場合、健康保険証のコピー(支給認定基準世帯員全員分) <input type="checkbox"/> 84円分の切手を貼った返信用封筒(長3形 23.5×12cm)