

(表)

受給者番号				

特定医療費（指定難病）支給認定申請事項変更届出書

受診者	フリガナ		個人番号				年齢	生年月日		
	氏名						歳	大・昭・平・令 年 月 日		
	住所 <small>(住所変更の場合は前住所)</small>		〒				電話番号			
自宅		-		-						
携帯		-		-						
届出者	※受診者が18歳未満の場合は、保護者が届出てください。 ※届出者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。									
	フリガナ		個人番号				受診者との続柄			
	氏名						電話番号			
住所		〒 <input type="checkbox"/> 受診者と同じ(記載省略可)				電話番号				
自宅		-		-						
携帯		-		-						
変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。	受診者	<input type="checkbox"/>	フリガナ					性別		
		<input type="checkbox"/>	氏名						男・女	
		<input type="checkbox"/>	住所	〒					個人番号	
	<input type="checkbox"/>	自宅電話番号	-		-		<input type="checkbox"/>	携帯電話番号	-	
	保護者	<input type="checkbox"/>	フリガナ					受診者との続柄		
		<input type="checkbox"/>	氏名							
		<input type="checkbox"/>	住所	〒					個人番号	
	<input type="checkbox"/>	自宅電話番号	-		-		<input type="checkbox"/>	携帯電話番号	-	
	加入医療保険	<input type="checkbox"/>	保険者名(称)					保険種別	国保(組合)・後期・協会・組合・共済・その他()	
		<input type="checkbox"/>	記号・番号							
<input type="checkbox"/>		被保険者氏名					受診者との続柄			
支給認定世帯員	<input type="checkbox"/>	氏名 (追加・削除)					受診者との続柄			
	<input type="checkbox"/>	氏名 (追加・削除)					受診者との続柄			
	<input type="checkbox"/>	氏名 (追加・削除)					受診者との続柄			
<同意について(情報確認)> この届出の審査に必要な場合は、浜松市において、臨床調査個人票に関する医療情報、市民税等に関する課税情報、医療保険上の所得区分情報(国保組合を除く)、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、特別児童扶養手当情報、特別障害者手当情報、障害児福祉手当情報、小児慢性特定疾病情報を確認されることに同意します。										
(あて先)浜松市長 上記及び裏面のとおり、支給認定の申請事項に変更があったので届け出ます。										
令和 年 月 日										

注1 変更のない事項については、記入は不要です。

1 受診者と同じ医療保険に加入する方を記入してください。

また、指定難病・小児慢性特定疾病の受診者(申請中の者を含む)である場合は、受給者証等の写しを添付してください。

	世帯員氏名	受診者との続柄	受給資格 (該当するものに○)	1月1日現在の住所所在地		個人番号															
				<input type="checkbox"/> 世帯員全員が浜松市の場合に <input checked="" type="checkbox"/> (以下記載省略可)																	
患者	受診者と同じ	本人	指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
1			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
2			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
3			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
4			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
5			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
6			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
7			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
8			なし・指定難病・小児慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																

※ 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに申請する場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに申請する場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

2 受診者の生活保護受給について該当する方に○を付してください。

生活保護受給の有無	有 ・ 無
上欄で有の場合、医療保険加入の有無	有 ・ 無 ※有の場合、表面の加入医療保険情報を記入してください。

3 未申告等、課税状況が確認できない場合の負担上限月額最高階層の同意について

私は、負担上限月額が最高階層になることを了承します。

申請者氏名 _____

4 受診者(受診者が18歳未満の場合は、保護者の全て)の収入金額について記入し、収入が80万円以下の場合、振込通知書等収入金額がわかるものの写しを提出してください。なお、下の表に記入されているもの以外の収入については記入する必要がありません。

氏名	種類(該当するものに○)	収入金額	氏名	種類(該当するものに○)	収入金額
1 年金	障害・遺族・寡婦	円	1 年金	障害・遺族・寡婦	円
2 手当金	特別児童扶養・特別障害者・障害児福祉	円	2 手当金	特別児童扶養・特別障害者・障害児福祉	円
3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円	3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円

※ 記入する収入金額は、1月から6月までに申請する場合は前々年(1月から12月まで)の収入金額、7月から12月までに申請する場合は前年(1月から12月まで)の収入金額としてください。

※ 収入金額がない場合は、0円と記入してください。

※書類別送先(希望者のみ記入)

フリガナ			受診者との続柄
氏名			
住所	〒 _____ □受診者と同じ(記載省略可)		
電話番号	自宅 _____	携帯 _____	

※申請内容問合せ先(受診者・保護者以外の場合記入)

フリガナ			受診者との続柄
氏名			
住所	〒 _____ □受診者と同じ(記載省略可)		
電話番号	自宅 _____	携帯 _____	