

## 特定医療費（指定難病）支給認定申請書【変更】

|             |      |     |          |   |   |   |                |       |
|-------------|------|-----|----------|---|---|---|----------------|-------|
| 受給者番号       |      |     |          |   |   |   |                |       |
| 受<br>診<br>者 | フリガナ |     |          |   |   |   | 生 年 月 日        |       |
|             | 氏 名  |     |          |   |   |   | 大正・昭和<br>平成・令和 | 年 月 日 |
|             | 住 所  | 〒 - | 電話<br>番号 | ( | - | - | )              |       |

【変更事項記入欄】(変更する項目に☑)

|       |     |  |
|-------|-----|--|
| □ 病 名 | 変更前 |  |
|       | 変更後 |  |

|               |              | 変更前              | 変更後         |
|---------------|--------------|------------------|-------------|
| □ 自己負担<br>上限額 | 人工呼吸器等装着     | 該当あり ・ 該当なし      | 該当あり ・ 該当なし |
|               | 高額かつ長期       | 該当あり ・ 該当なし      | 該当あり ・ 該当なし |
|               | 重症患者認定(経過措置) | 該当あり ・ 該当なし      | 該当あり ・ 該当なし |
|               | 生活保護         | 該当あり ・ 該当なし      | 該当あり ・ 該当なし |
|               | 階 層 区 分      | 低Ⅰ・低Ⅱ・一般Ⅰ・一般Ⅱ・上位 | (事務所記載)     |

|                                      |     |            |
|--------------------------------------|-----|------------|
| □ 同じ世帯内の、特定医療費又は<br>小児慢性特定疾病医療の支給認定者 | 変更前 | 有(氏名 ) ・ 無 |
|                                      | 変更後 | 有(氏名 ) ・ 無 |

| □ 指定医療機関(医療機関・薬局・訪問看護事業者) |  |     |       |
|---------------------------|--|-----|-------|
|                           | 種 別  | 名 称 | 所 在 地 |
| 追<br>加                    | <input type="checkbox"/> 医療機関<br><input type="checkbox"/> 薬 局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護 |     |       |
|                           | <input type="checkbox"/> 医療機関<br><input type="checkbox"/> 薬 局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護 |     |       |
|                           | <input type="checkbox"/> 医療機関<br><input type="checkbox"/> 薬 局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護 |     |       |
|                           | <input type="checkbox"/> 医療機関<br><input type="checkbox"/> 薬 局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護 |     |       |
| 削<br>除                    | <input type="checkbox"/> 医療機関<br><input type="checkbox"/> 薬 局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護 |     |       |
|                           | <input type="checkbox"/> 医療機関<br><input type="checkbox"/> 薬 局<br><input type="checkbox"/> 訪問看護 |     |       |

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり申請します。

佐賀県知事 様 令和 年 月 日

〒 -

申請者 住所 電話 番号 ( )

申請者 住所 電話 番号 ( )

申請者 氏名(※) ⑩ 受診者との続柄

※ 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。