

特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届

| | | | | |
|---|--|---|-----|----------|
| 受診者・要支援者 | フリガナ | | | 生年月日 |
| | 氏名 | | | 年 月 日 |
| | 個人番号 | | | (歳) |
| | 住所 | 〒 岩手県 | | 電話番号 () |
| 保護者 | フリガナ | | | 受診者との続柄 |
| | 氏名 | | | |
| | 個人番号 | | | |
| | 住所 <small>(受診者・要支援者と異なる場合に記入)</small> | 〒 | | 電話番号 () |
| 受給者番号 | | | | |
| <small>※ 特定医療費(指定難病)受給者証又は自己負担上限額管理票の変更時のみ記載</small> | | | | |
| 変更内容 (該当するものに☑) | 事項 | 変更前 | 変更後 | |
| | <input type="checkbox"/> | 受診者等に関する事項 <small>(氏名・住所・電話番号等)</small> | | |
| | <input type="checkbox"/> | 保護者に関する事項 <small>(氏名・住所・電話番号等)</small> | | |
| | <input type="checkbox"/> | 支給認定基準世帯員に関する情報 <small>(氏名・個人番号)</small> | | |
| | <input type="checkbox"/> | その他の事項 | | |
| 備考 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 特定医療費支給認定申請書及び特定医療費(指定難病)受給者証 <input type="checkbox"/> 指定難病登録者証 に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 | | | | |
| 年 月 日 届出者氏名 | | | | |
| 岩手県知事 様 | | | | |

注1 自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期・世帯内按分)、加入医療保険の変更及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書(変更)に記載し申請してください。

- 2 「指定難病登録者証」、「要支援者」の定義については、次の通りです。(根拠: 指定難病要支援者証明事業実施要領)
- 「指定難病登録者証」…指定難病にかかっている事実等を証明する証書
 - 「要支援者」…指定難病登録者証の交付対象となった者