

受診者・申請者欄の御記入をお願いします。		(表)		記入例								
		疾病医療費支給認定変更申請書										
受診者	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	生 年 月 日			
	ふりがな氏 名	おおつ たろう 大津 太郎							平成〇〇年 □ 月 △ 日 (◇歳)			
	個人番号	1234 5678 9012							連絡先 (電話) 077-000-0000			
	住 所 (居住地)	〒520-××××× 大津市〇〇町×番△号							受診者との続柄 父			
	加 入 医療保険	ふりがな被保険者氏名		おおつ いちろう 大津 一朗					父			
		保 険 種 別		健保協会 健保組合 国保 共済 国保組合 その他 ()								
		保 険 者 名 称		〇〇健康保険組合			記 号 ・ 番 号		0000 - 00000			
病 名 (主疾病)	〇〇△△		病 名 (副疾病1)				病 名 (副疾病2)					
申請者	ふりがな氏 名	おおつ いちろう 大津 一朗							受診者との関係 父			
	個人番号	9876 5432 1098										
	住 所	〒520-××××× 大津市〇〇町×番△号							連絡先 (電話) 077-000-0000			
変更事項	事 項	変更前					変更後					
	☐ 病 名											
	☐ 受診を希望する指定医療機関等	医療機関等の名称及び所在地					医療機関等の名称及び所在地					
	☐ 自己負担上限月額の特例	☐	人工呼吸器等装着					☐	人工呼吸器等装着			
☐		重症患者認定					☐	重症患者認定				
☐		高額かつ長期					☐	高額かつ長期				
☐		世帯内按分特例					☐	世帯内按分特例				
今回申請する受診者と同じ世帯内で指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けており、かつ、同じ医療保険に加入する者				有 (氏名・受給者番号) ・ 無								
今回申請する受診者が指定難病の医療費助成対象者の場合 (申請中含む)				有 (受給者番号) ・ 無								
小児慢性特定疾病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 (診断年月日等) 【病名の追加・変更を行う場合のみ記入】		年 月 日		【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】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 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 ☐ 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 ☐ その他 ()								
私は、上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。 令和〇年 〇月 〇日 申請者 住所 大津市〇〇町×番△号 氏名 大津 一朗 (宛先) 大津市長								申 請 受 付 日 年 月 日				
								記入不要				

注1 病名欄は、申請する病名が複数ある場合は全て記載してください。
注2 変更事項欄の該当するものの口にレ印を記入してください。
注3 支給開始日は、指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日まで遡ることができます。ただし、申請日から1か月前(やむを得ない理由により申請を行うことができなかった場合は最大で3か月前)の同じ日までを限度とします。

大津市記入欄	課税		円	自己負担		円
	非課税	82		記入不要		
	研究利用同意書	有	受付者:			
	本人確認	免	日			
	備 考					

受診者と同じ医療保険に御加入の方、全員を御記入お願いします。
受診者のみの場合は、記入不要です。

受診者のみの場合は、記入不要です。

受診者と同じ医療保険に御加入の方、全員を御記入お願いします。
受診者のみの場合は、記入不要です。

受診者と同じ医療保険に御加入の方、全員を御記入お願いします。
受診者のみの場合は、記入不要です。

受診者のみの場合は、記入不要です。

受診者と同じ医療保険に御加入の方、全員を御記入お願いします。
受診者のみの場合は、記入不要です。

受診者と同じ医療保険に御加入の方、全員を御記入お願いします。
受診者のみの場合は、記入不要です。

受診者と同じ医療保険に御加入の方、全員を御記入お願いします。
受診者のみの場合は、記入不要です。

受診者と同じ医療保険に御加入の方、全員を御記入お願いします。
受診者のみの場合は、記入不要です。

受診者と同じ医療保険に御加入の方、全員を御記入お願いします。
受診者のみの場合は、記入不要です。