

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書(変更届)

受診者	受給者番号													
	フリガナ			生年月日	平成 令和 年 月 日 (満 歳)									
	氏名													
	住所	〒												
申請者	フリガナ			受診者との続柄	日中に連絡がつく電話番号									
	氏名	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ												
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 受診者に同じ												
変更のある事項に☑	事項		変更後		必要書類									
	<input type="checkbox"/>	受診者 (氏名・住所等)			変更内容を確認できる公的な書類の写し									
	<input type="checkbox"/>	保護者 (氏名・住所等)												
	<input type="checkbox"/>	疾病名 (追加・変更)			医療意見書(小児慢性特定疾病指定医が記載したもの)									
	<input type="checkbox"/>	加入医療保険 (保険者名・記号・番号・被保険者氏名)	申請書の提出までに時間を要した特別の事情がある場合は☑してください。 <input type="checkbox"/>		申立書									
	<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員及び市町村民税課税額	変更前は受給者証記載のとおり		・受診者及び被保険者の医療保険の資格情報が確認できる書類(※) ・書類を省略する場合は、添付書類省略に係る調書									
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	人工呼吸器等装着者証明書(医師が記載したもの)		・支給認定基準世帯員の市町村民税(非)課税証明書及び医療保険の資格情報が確認できる書類(※) ・書類を省略する場合は書類を省略する場合は、添付書類省略に係る調書									
	<input type="checkbox"/>	重症	重症患者認定申告書											
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	重症患者認定申告書、医療費を証明する書類											
	<input type="checkbox"/>	受診者が別の疾病で指定難病の医療費助成を受けている場合又は受診者と同じ医療保険に加入し、かつ、小児慢性特定疾病又は指定難病の医療費助成を受けている者がいる場合	下記の者の受給者証の写し(新規申請中又は変更申請中の場合は申請書の写し)											
<table border="1"> <tr> <td>氏名</td> <td>区分</td> <td>受給者番号</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>小児慢性 <input type="checkbox"/>指定難病</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>小児慢性 <input type="checkbox"/>指定難病</td> <td></td> </tr> </table>						氏名	区分	受給者番号		<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病			<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病	
氏名	区分	受給者番号												
	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病													
	<input type="checkbox"/> 小児慢性 <input type="checkbox"/> 指定難病													
(※) ①「資格確認書」又は「資格情報のお知らせ」の写し ②マイナポータルからダウンロードした「資格情報画面」を印刷したもののいずれか														
<p>私は、裏面の「申請にあたっての同意事項」に同意の上、小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された事項の変更について、申請します(届け出ます)。</p> <p>岡山県知事 殿</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請(届出)者氏名 _____</p>					受付印									

「疾病名」の変更の場合は、裏面Ⅲを記入してください。

「支給認定基準世帯員及び市町村民税課税額」の変更の場合は、裏面Ⅰ・Ⅱを記入してください。

■支給認定基準世帯員(患者と同じ医療保険に加入されている方。被用者保険の場合は被保険者のみ)※15歳以下は不要

氏名・フリガナ・生年月日	受診者との続柄	1月1日時点で居住していた市区町村(1月～6月申請の場合は前年の1月1日)											
平成・令和 年 月 日生	本人	<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所: 都道府県 市区町村											
	個人番号												
昭和・平成 令和 年 月 日生		<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所: 都道府県 市区町村											
	個人番号												
昭和・平成 令和 年 月 日生		<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所: 都道府県 市区町村											
	個人番号												
昭和・平成 令和 年 月 日生		<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所: 都道府県 市区町村											
	個人番号												
昭和・平成 令和 年 月 日生		<input type="checkbox"/> 受診者住所と同じ <input type="checkbox"/> 別住所: 都道府県 市区町村											
	個人番号												

II 収入申告(医療保険上の世帯が市町村民税非課税の場合のみ記入してください。)

(1)申請者(保護者)に、下記の収入があるか。

無  有 → 申請者(保護者)の収入のうち、該当するものがあれば全て☑してください。

また、給付されている年額が確認できる書類(証書、振込通知、通帳等)の写しを提出してください。

- |   |   |                                  |                                  |
|---|---|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 障害(基礎・厚生・共済)年金 | <input type="checkbox"/> 遺族(基礎・厚生・共済)年金 | <input type="checkbox"/> 寡婦年金    | <input type="checkbox"/> 障害手当金   |
| <input type="checkbox"/> 障害(補償)給付       | <input type="checkbox"/> 障害(補償)一時金      | <input type="checkbox"/> 特別障害給付金 | <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 |
| <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当       | <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当        | <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 |                                  |

(2)(1)の収入を含めて、申請者の年間収入額が80.9万円を超えているか。(☑がない場合は、80.9万円超とみなします)  
 80.9万円超  80.9万円以下のため、次のとおり申告し、低所得Iの認定を希望します。

① 合計所得金額	円	② 公的年金等収入金額	円	③ その他収入金額	円
①～③の合計額					円

■申請にあたっての同意事項

1	個人番号が不明な場合や番号確認・身元確認の書類の持参がなかった場合等は、住民基本台帳法等に基づき岡山県が支給認定基準世帯員の個人番号を照会することに同意します。
2	国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合が、組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務処理に限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。※加入医療保険が国家公務員共済組合又は地方公務員共済組合の方のみ
3	提出した医療意見書等の記載内容について疑義が生じた場合に、岡山県が医療機関に直接内容を照会し、医療機関が訂正したものを申請書の添付書類として利用することに同意します。また、審査結果については、必要に応じて医療意見書等を記載した医師の勤務する医療機関に対して情報を提供することに同意します。

III 医療意見書情報の研究等への利用について

厚生労働大臣 殿

別紙「医療意見書情報の研究等への利用に関するご説明」とおり、提出した医療意見書の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、小児慢性特定疾病に関する創薬の研究開発等に利用されることについては、下記のとおりです。

医療意見書情報の研究等への利用に  同意する  同意しない

※☑がない場合は、同意されたものとみなします。

以下、記入不要

保健所記入欄	個人番号確認書類(いずれか1点)	身元確認(写真ありは1点、写真なしは2点)		職員確認印	住基照会
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(表) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体・精神・療育手帳	<input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 年金手帳・生保受給者証 <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 課税証明書類	日付  確認者	要 ・ 不要