

特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書兼届出書

(宛先) 京都市長										年 月 日			
申請者の住所 〒 京都市 区 (電話) —										申請者の氏名 ※ 受診者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。 続柄 ()			
特定医療費の支給認定内容について、変更申請します。 ・ 支給資格の有無等について、京都市が保有している公簿（住民基本台帳、課税台帳）等で確認することに同意します。 ・ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を速やかに行います。 ・ （非課税世帯の場合）受診者本人（受診者が18歳未満の場合はその保護者）の障害基礎年金等の非課税収入については、下記「収入に関する申立欄」の記載内容に相違ありません。障害基礎年金等の支給資格について、京都市が年金事務所等に確認することに同意します。													
現在の受給者番号				受給者証有効期限				年 月 日					
受診者	住所 (変更の場合、変更後の住所)		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合は <input type="checkbox"/> にチェックしてください。） 〒 —							電話 —			
	(旧住所)		都・道・府・県			市区・町・村				※申請年の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合のみ記入			
	フリガナ		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合は <input type="checkbox"/> にチェックしてください。）							年齢	歳	生年月日	年 月 日
	氏名 (変更の場合、変更後の氏名)		個人番号 (マイナンバー)										
保護者	住所 (変更の場合、変更後の住所)		〒 —							電話 —			
	フリガナ									受診者との関係			
	氏名 (変更の場合、変更後の氏名)												
送付先	住所 (変更の場合、変更後の住所)		〒 —							電話 —			
	フリガナ									受診者との関係			
	氏名 (変更の場合、変更後の氏名)												
(該当する内容に <input checked="" type="checkbox"/>) 変更の内容			<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 生活保護等の受給（開始・停止・廃止） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者の支給認定 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期の支給認定 ※特定医療費の受給者のうち、市民税課税世帯で、月ごとの医療費総額が、5万円を超える月が、申請月から起算して過去12箇月間に6回以上 <input type="checkbox"/> 返還（治癒・死亡・他法・転出・その他） <input type="checkbox"/> 送付先の変更							以下の変更は、裏面も御記入ください。 <input type="checkbox"/> 疾病追加 [疾病名:] <input type="checkbox"/> 疾病変更 [疾病名:] <input type="checkbox"/> 加入医療保険の変更 <input type="checkbox"/> 同一医療保険加入者（支給認定基準世帯員）の変更（世帯員が増えた・減った） <input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）の変更 <input type="checkbox"/> 受診者と同一世帯の方（同じ医療保険等の加入者）が特定医療費（指定難病）又は小児慢性特定疾病の受給を開始 <input type="checkbox"/> その他 []			
			変更年月日 (疾病追加・疾病変更の方は当欄記入不要。裏面に御記入ください。)			年 月 日							

《事務処理使用欄》

※有効期間			※階層区分			※適用区分			
年 月 日 ~ 年 月 日			生・低Ⅰ・低Ⅱ・Ⅰ・ⅠⅡ・上						
添付書類	<input type="checkbox"/> 特定医療費受給者証写し <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 保険資格確認資料写し						再交付		
	<input type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> その他 ()						希望あり 希望なし		

受付印

裏面

《記入事項 続き（変更があった場合のみ記入してください。）》

□ 疾病追加・疾病変更

特定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 ※ (疾病追加・疾病変更の方のみ記入)	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】 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他 ()
	※ 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日又は軽症高額の基準を満たした日の翌日（ただし遡り期間は原則申請日から1か月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前）の同じ日）まで遡ることが可能。そのため、申請日に関わらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定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を記載	

□ 加入医療保険の変更

加入医療保険	被保険者氏名	□申請者と同じ (申請者と同じ場合は□にチェックしてください。)		受診者との続柄		
	保険種別	市町村国保・後期高齢・協会けんぽ・健保組合・共済組合・国保組合・その他				
	資格取得日	年 月 日				
	記号・番号	記号			保険者名称	
		番号				
□ 加入医療保険の詳細は別紙のとおり（医療保険の資格情報が確認できる資料を添付）						

□ 支給認定基準世帯員、個人番号の変更（変更のあった世帯員のみ記入してください。）

- ・支給認定世帯基準世帯員とは、受診者と同一の医療保険に加入する方（市町村国民健康保険・後期高齢者医療制度・国民健康保険組合は世帯の同一保険の方全員を、それ以外の保険（被用者保険）加入の方は受診者本人と被保険者のみ）を指します。生活保護受給の方は、受診者本人（及び受診者が18歳未満の場合は保護者）です。
- ・個人番号（マイナンバー）も記入してください。
- ・非課税世帯の場合は、収入に関する申立欄にも記入してください。
- ・受診者が18歳未満の場合、申請者となる保護者の個人番号（マイナンバー）の変更についても、当欄を使用してください。

	続柄	基準世帯員氏名	生年月日	住所（受診者と異なる場合のみ記入）	
				個人番号(マイナンバー)	
増・減		フリガナ		□受診者と同じ	
増・減		フリガナ		□受診者と同じ	
増・減		フリガナ		□受診者と同じ	
増・減		フリガナ		□受診者と同じ	
増・減		フリガナ		□受診者と同じ	

〔市民税非課税世帯の方のみ〕 収入に関する申立欄	①～③のうち、該当する項目に□をしてください。 ※対象となる収入は、基準年1月～12月の間の収入（合計所得金額、課税年金収入及び非課税収入の合計）です。 なお、基準年とは、1月～6月の申請の場合は前々年。7月～12月の申請の場合は前年です。 ※対象となる収入が、82.65万円を超える方の自己負担上限額は5,000円、82.65万円以下の方の自己負担上限額は2,500円となります。
	□① 障害基礎年金等の非課税収入※があります。 基準年1月～12月の受給金額が確認できる書類（通知書等）を添付します。 ※障害基礎年金等の非課税収入とは、以下の年金等のことです（以下②③も同様）。 障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金等の年金 労災等による傷害補償給付、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当
	□② 障害基礎年金等の非課税収入※がありますが、 基準年1月～12月の受給金額が確認できる書類（通知書等）を添付しません。 自己負担上限額が「5,000円」となることに同意します。
	□③ 障害基礎年金等の非課税収入※はありません。（非課税収入について不明な方を含む。）

□ 受診者と同一世帯の方（同じ医療保険等の加入者）で指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を開始した場合

医療費助成の種類		氏名	受給者番号	医療費助成の種類		氏名	受給者番号
□ 指定難病	□ 小児慢性			□ 指定難病	□ 小児慢性		