様式第６号

支給認定に係る事項の変更申請書

年　　月　　日

　　総合事務所長

様

　　福祉保健事務所長

 申請者：患者本人又は保護者（患者が１８歳未満の場合）が自署又は記名押印

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 |  | ㊞ |
| 患者との続柄 |  |
| 受給者番号 |  |

難病の患者に対する医療等に関する法律第１０条第1項の規定により、支給認定に係る事項を次のとおり変

　更したいので申請します。

１　変更または追加を申請する指定医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |

２　変更を申請する負担上限月額及び負担上限月額に関する事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 負担上限月額及び負担上限月額に関する事項（該当するものに○） |  | 人工呼吸器等装着者としての認定を希望する。 |
|  | 高額難病治療継続者としての認定を希望する。※経過措置対象者は適用除外 |
|  | 重症患者認定を希望する。※経過措置対象者のみ対象 |
|  | 生活保護の受給を開始・終了した。 |
|  | 医療費算定対象世帯員（患者と同じ健康保険に加入している者）が指定難病又は小児慢性特定疾病に係る支給認定を新たに受けた（申請を行った）。 |
|  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

３　変更を申請する支給認定に係る指定難病の名称（疾患の追加）

|  |  |
| --- | --- |
| 指定難病の名称 |  |

（注）裏面に必要書類を記載していますので申請前に御確認ください。

**必要な書類**

|  |
| --- |
| **○必ず必要な書類** |
| * 様式第２号（支給認定に係る事項の変更申請書）
* 特定医療費（指定難病）医療受給者証
 |

|  |
| --- |
| **○変更事項ごとに必要な書類** |
| 指定医療機関の追加・抹消 | 添付書類は必要ありません。※　申請書に、所在地まで、薬局は支店名まで正確に記載してください。 ※　医療機関を特定できない場合、問い合わせをすることがあります。 |
| 人工呼吸器等装着者としての認定を希望 | ・難病指定医が作成した臨床調査個人票臨床調査個人票の人工呼吸器等に係る欄の記載が、次の要件をみたす場合に対象になります。＜人工呼吸器を装着している場合＞　次の①～④の項目全てに該当すること。1. 人工呼吸器装着の有無　…「１．あり」に該当
2. 施行状況…「３．一日中施行」に該当
3. 離脱の見込み…「２.なし」に該当
4. 生活状況…いずれも「部分介助」又は「全介助」に該当

＜体外式補助人工心臓を装着している場合＞　体外式補助人工心臓の装着の有無…「１．あり」に該当にすること。 |
| 高額難病治療継続者としての認定の希望   | ＜経過措置対象者以外の受給者が対象＞* 月ごとの指定難病に係る医療費総額が５万円を超える月が６回以上あることを証明する書類（領収書のコピー、自己負担限度額管理票 等）

※　提出していただいた書類に加え、更に提出書類を求めることがあります。高額難病治療継続者とは 支給認定を受けた指定難病に係る医療が、当申請を行う月以前の１２月以内に医療費総額が５万円を超える月が６回以上ある者のことです。 |
| 重症患者認定を希望 | ＜経過措置対象者のみ対象＞・医師が作成した重症認定申請用診断書 |
| 生活保護の受給を開始した場合 | 次のいずれかひとつ・ 生活保護受給者証のコピー ・ 生計を一にする全員が記載された生活保護受給証明書のコピー |
| 指定難病の名称 （疾患の追加） | ・追加で申請しようとする疾病の臨床調査個人票（※）※　難病指定医が作成したもの。疾病によっては、追加で必要書類の提出を求めることが　あります。 |
| 医療費算定対象世帯員が指定難病又は小児慢性特定疾病に係る支給認定を新たに受けた（申請を行った）場合 | 添付書類は必要ありません。※　医療費算定対象世帯員が支給認定を受けていること、又は、支給認定申請を行ってい　ることが確認できない場合は、「医療受給者証のコピー」又は「受付印がある支給認定　申請書のコピー」などの提出を求めることがあります。 |