

表面（裏面へ続く）

特定医療費(指定難病)支給認定申請書（変更）

長崎県知事 殿

特定医療費（指定難病）医療受給者証に記載された事項の変更について、下記のとおり申請します。

の項目に記入及び該当するものに☑してください。

☐ マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望する

☐ マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望しない
(変更内容にマイナンバー連携の必要がない場合を含む)

※受給者以外が申請する場合、下記に☑をし、申請者欄も記入してください。

☐ 申請者欄に記載する者に本件申請を委任します。

※ マイナンバー連携を希望する方で、任意代理人に委任する場合は、別途委任状が必要です。
※ マイナンバー連携により一部書類の省略が可能ですが、情報連携の結果、書類の提出や税の申告が必要となる場合がありますので、ご了承ください。
※ これまでの難病申請でマイナンバーの登録がない方で、マイナンバー連携を希望する場合は受給者本人のマイナンバーカード両面コピーの提出が必要です。ご不明な場合は提出をお願いします。
※ DV（ドメスティックバイオレンス）や虐待等の被害者の場合は、マイナンバーの利用には特別の措置が必要となるため、提出書類は紙でご提出ください。どうしてもマイナンバーの利用を希望される場合は申請窓口へご相談ください。

受付印

申請日

年 月 日

受給者	フリガナ		受給者番号															
	氏 名		電話番号															
	マイナンバー															生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日
	住 所	〒																

↓ 受給者本人が申請者の場合は記入不要です。（受給者が未成年の場合は、保護者を記入して下さい。）

申請者	フリガナ		受給者との関係	
	氏 名		電話番号	
	住 所	〒		

※送付先を変更する場合は☑

☐ 送付先

変更事項 ※該当事項に☑し、申請の内容を記入してください。

☐	疾病の追加 又は変更	病 名				内 容	☐ 追加	☐ 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 (遡り期間は原則1か月前まで) ※	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】 ☐ 臨床調査個人票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 ()											
※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です。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してください。															
☐	人工呼吸器等装着	人工呼吸器装着又は体外式補助人工心臓を装着している													
☐	生活保護	☐ 生活保護の開始		☐ 生活保護の廃止※1			☐ 生活保護の停止※1								
☐	高額かつ長期	認定を受けた指定難病の医療費総額が5万円を超える月（6か月）													
		年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月							
☐	同じ世帯にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の患者の医療費助成受給資格の取得・喪失	受給資格	☐ 取得		☐ 喪失		種別	☐ 指定難病	☐ 小児慢性特定疾病						
		フリガナ					受給者番号								
		氏 名					生年月日	大正 昭和 平成 令和	年 月 日						
		マイナンバー													
☐	階層区分※1	☐ 医療保険の変更あり			☐ 医療保険の変更なし										

※1 「生活保護廃止(停止)」、「階層区分変更」の申請の場合は、裏面もご確認ください。

裏面

【生活保護廃止(停止)・階層区分変更の方】

受給者が〔国民健康保険（市町国保）・後期高齢者医療保険・業種別国民健康保険組合（医師・歯科医師・薬剤師・建設等）〕に加入している場合は、受給者と同じ医療保険に加入している方全員（住民票が別の方を含む）を記入してください。

受給者が〔被用者保険（全国健康保険協会・健保組合・共済等）〕に加入している場合は、被保険者（組合員）を記入してください。

支給認定基準世帯員	フリガナ		生年月日	大正 昭和	年	月	日	
	氏 名			平成 令和				
	マイナンバー							
	住所	(受給者と住所が異なる場合に記入)						
	フリガナ		生年月日	大正 昭和	年	月	日	
	氏 名			平成 令和				
	マイナンバー							
	住所	(受給者と住所が異なる場合に記入)						
	フリガナ		生年月日	大正 昭和	年	月	日	
	氏 名			平成 令和				
	マイナンバー							
	住所	(受給者と住所が異なる場合に記入)						

<申請に必要な提出書類>

変更事項		提出書類	備考
疾病の追加/変更		臨床調査個人票(新規)	
人工呼吸器等装着		臨床調査個人票	
生活保護	開始	生活保護受給者であることの証明書（生活保護開始決定通知書等）	マイナンバー連携で省略可※2
	廃止/停止	①生活保護廃止・停止の証明書（生活保護廃止（停止）決定通知書等） ②世帯全員の住民票（発行から6か月以内のもの） ③保険証情報が確認できる書類（以下3つのうちいずれか1つ） ・資格確認書(保険証)のコピー【同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員】 ・資格情報のお知らせのコピー【同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員】 ・マイナポータル画面(保険証情報)を印刷したもの【同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員】 ④市(町)県民税所得課税証明書【同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員】 ⑤同意書(佐世保市国保・業種別国民健康保険組合の加入者のみ)※4 ⑥受給者本人に非課税収入がある場合、その収入が確認できる書類(遺族年金・障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当など)	①～④はマイナンバー連携で省略可※2※3
高額かつ長期		認定を受けた指定難病の月ごとの医療費総額が5万円を超えることがわかる書類(※申請する月以前の12か月のうちの6月分の医療費の証明書で次のいずれか) ・自己負担上限額管理票のコピー ・医療費申告書に医療費が確認できる書類(領収書や診療明細書等のコピー)を添付	
同じ世帯にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の患者の医療費助成受給資格の取得・喪失		同じ世帯にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の患者の受給者証	
階層区分変更	・国民健康保険(市町国保) ・後期高齢者医療保険 ・業種別国民健康保険組合(医師・歯科医師・薬剤師・建設等)	①世帯全員の住民票（発行から6か月以内のもの） ②保険証情報が確認できる書類（以下3つのうちいずれか1つ） ・資格確認書(保険証)のコピー【同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員】 ・資格情報のお知らせのコピー【同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員】 ・マイナポータル画面(保険証情報)を印刷したもの【同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員】 ③市(町)県民税所得課税証明書【同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員※中学生以下不要】 ④同じ世帯で同じ医療保険の加入者全員が非課税で受給者本人に非課税収入がある場合、その収入が確認できる書類（遺族年金・障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当など）	①～③はマイナンバー連携で省略可※2※3
	・被用者保険(全国健康保険協会・健保組合・共済等)	①保険証情報が確認できる書類（以下3つのうちいずれか1つ） ・資格確認書(保険証)のコピー【被保険者・受給者本人】 ・資格情報のお知らせのコピー【被保険者・受給者本人】 ・マイナポータル画面(保険証情報)を印刷したもの【被保険者・受給者本人】 ②市(町)県民税所得課税証明書【被保険者(被保険者が非課税の場合は受給者本人も必要)】 ③被保険者及び受給者本人が非課税で受給者本人に非課税収入がある場合、その収入が確認できる書類（遺族年金・障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当など）	①・②はマイナンバー連携で省略可※2※3

※2 表面【マイナンバー連携を希望する】を選択し、マイナンバーの記載がある場合は、一部提出書類の省略ができます。ただし、これまでの難病申請で、マイナンバーの登録がない方は、受給者本人のマイナンバーカード両面コピーの提出が必要です。ご不明の方は提出をお願いします。

※3 情報連携の結果、書類の提出や税の申告が必要となる場合がありますので、ご了承ください。

※4 佐世保市国保・業種別国民健康保険組合の加入者の方は、同意書の省略はできません。