様式第10号（第10条関係）

（表）

特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書

患者（受診者）	受給者番号				
	ふりがな 氏　名		生　年　月　日 年　　月　　日（　　才）		
	住　所 （居住地）	□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。） 〒		連絡先 （電話）	
	個人番号				
	加入医療保険	被保険者氏名		患者との続柄	
		保険種別	健保協会　健保組合　国保　退職国保　後期　共済　船員　国保組合		
		保険者名称		被保険者証記号・番号	
	病　名			疾病番号	
患者が18歳未満の場合	ふりがな 保護者氏名			患者との続柄	
	保護者住所	□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。） 〒		連絡先 （電話）	
	個人番号				

変更事項	事項		変更前	変更後
	□	病名		
	□	自己負担上限額の特例	□ 人工呼吸器等装着	□ 人工呼吸器等装着
			□ 高額難病治療継続者	□ 高額難病治療継続者
			□ 軽症者特例	□ 軽症者特例

他の指定難病での受給者証の支給の有無	有(受給者番号　　)・無
申請する受給者証と同じ世帯内で指定難病・小児慢性特定疾病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の有無	有（氏名・受給者番号　　）・無

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	年　　月　　日	【左欄が申請日から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（　　）

指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票を滋賀県知事が厚生労働大臣に提供し、指定難病等の治療研究等、指定難病に係る研究および政策を立案するための基礎資料として厚生労働大臣が利用することに同意します。

【同意する場合のみ記入してください。】

年　　月　　日　　申請者　氏名

私は、上記のとおり特定医療費の支給を申請します。 年　　月　　日 住所　〒 申請者 氏名　　受給者との続柄（　　） （宛先） 滋賀県知事	申請受付年月日

保健所記入欄	世帯の市町村民税課税状況等	課税	円 （市町村民税課税額(所得割)）		自己負担上限額の特例に関する書類確認	有・無
		非課税	本人（保護者）収入額	80万円以下・80万円を超える	月額自己負担上限額	
	加入医療保険変更の有無	有　・　無	送付先の有無	有　・　無	特記事項	

注　申請書の記載にあたっては、裏面の注意事項をご確認ください。

（裏）

○注意事項

1　変更事項の該当するものの□にレ印を記入してください。

2　自己負担上限額の特例欄の記載は、以下を参照の上、該当するものの□にレ印を記入してください。

（1）人工呼吸器等装着

継続して常時、生命維持管理装置を装着する必要があり、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者であること。生命維持装置のうち、人工呼吸器を装着している者について、継続して常時とは、医学的に１日中施行することが必要であつて離脱の可能性がないことをいう。

（2）高額な医療が長期的に継続する患者の特例（「高額難病治療継続者」）

高額な医療が長期的に継続する患者とは、月ごとの該当する医療費総額が５万円を超える月が年間６回以上ある者であること。

（3）高額な医療を継続することが必要な軽症者の特例（「軽症者特例」）

指定難病の症状の程度が、特定医療費の支給の対象とならない軽症者であっても、当該指定難病に係る医療費の総額が月額33,330円を超える月が年間３回以上ある者で、当該医療を継続する必要があるものについては、特定医療費の支給の対象となる場合があります。

上記の特例については医師による証明等、病院等の証明等の書類を添付してください。

3　特定医療費は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日または軽症者特例の基準を満たした日の翌日の分から支給することができます。ただし、これらの日が申請日から１か月以上前である場合にあっては、申請日の１か月前の日(やむを得ない理由によりこれらの日から１か月以内に申請することができなかった場合にあっては、申請日の最長３か月前の日)の分から支給することとします。ついては、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欄には、申請日にかかわらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、該当する年月日を記載してください。更新の場合は、原則として記入不要です。

4　保健所記入欄には、記入しないでください。

○加入医療保険に関する事項

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

変更事項	□	世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	
		世帯員氏名		個人番号		患者との続柄	

【受診者の住所地以外に郵便物等の送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。】

送付先住所	〒
氏　名	本人との関係（　　） 電話（　　）