

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

特定医療費（指定難病）支給認定申請事項変更届出書

受診者	フリガナ											電話番号	
	氏名											- -	
	住所 (住所変更の場合は前住所)	郵便番号	-								1月1日現在の 住所所在地		
				都・道	市・区		府・県		町・村				
届出者	※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。 ※届出者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。												
	フリガナ											受診者との関係	
	氏名												
住所	郵便番号	-								電話番号			
											- -		
変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。	受診者	<input type="checkbox"/>	フリガナ										
		<input type="checkbox"/>	氏名										
		<input type="checkbox"/>	個人番号										
		<input type="checkbox"/>	住所	郵便番号	-								
保護者	<input type="checkbox"/>	フリガナ											
	<input type="checkbox"/>	氏名											
	<input type="checkbox"/>	個人番号											
	<input type="checkbox"/>	住所	郵便番号	-									
加入医療保険	<input type="checkbox"/>	自宅電話番号	-	-		<input type="checkbox"/>	携帯電話番号	-					
	<input type="checkbox"/>	氏名											
	<input type="checkbox"/>	個人番号											
	<input type="checkbox"/>	住所	郵便番号	-									
支給認定 基準世帯員	<input type="checkbox"/>	保険者名(称)											
	<input type="checkbox"/>	生活保護受給	有 ・ 無										
	※ 生活保護を受給している方向け：医療保険加入の有無 有 ・ 無												
	<input type="checkbox"/>	記号・番号 (被保険者番号)											
追加・削除	<input type="checkbox"/>	氏名											
		1月1日現在の 住所所在地	都・道	市・区		府・県		町・村		続柄			
	<input type="checkbox"/>	個人番号											
		氏名											
<input type="checkbox"/>	1月1日現在の 住所所在地	都・道	市・区		府・県		町・村		続柄				
	個人番号												
上記のとおり、支給認定の申請事項に変更があったので届け出ます。													
										年	月	日	
(宛先) 静岡市長													

(注) 1 変更がない事項の欄は記入する必要はありません。

2 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに届け出る場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに届け出る場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

支給認定基準世帯員及び非課税収入等にかかる申告書

- 1 受診者と**同じ医療保険**に加入している方(支給認定基準世帯員)を記入してください。  
 また、指定難病・小児慢性特定疾病の受給者(申請者)である場合は、該当する受給資格に○印を付し、受給者証等の写しを添付してください。

	世帯員氏名	続柄	受給資格 (該当するものに○印を付してください。)	1月1日現在の住所所在地		個人番号															
				都・道 府・県	市・区 町・村	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12				
患者	受診者と同じ	本人	小児慢性																		
①			なし・指定 難病・小児 慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
②			なし・指定 難病・小児 慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
③			なし・指定 難病・小児 慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
④			なし・指定 難病・小児 慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
⑤			なし・指定 難病・小児 慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																
⑥			なし・指定 難病・小児 慢性	都・道 府・県	市・区 町・村																

※ 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに届出する場合は、前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに届出する場合は、当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

- 2 1の表に記載されている世帯員全員の市民税が非課税の場合、受診者の収入について記入の上、振込通知書等収入金額のわかるものの写しを提出してください。(受診者が18歳未満の場合は、全ての保護者の収入)  
 なお、下表に記載されているもの以外の収入については記入する必要がありません。

受診者 保護者	名		保護者名		
収入の区分	種類(該当するものに○を付してください。)	収入金額	収入の区分	種類(該当するものに○を付してください。)	収入金額
年金	障害・遺族・寡婦	円	年金	障害・遺族・寡婦	円
手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円	手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円
その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円	その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円

※ 記入する収入金額は、1月から6月までに届出する場合は、前々年(1月から12月まで)の収入金額、7月から12月までに届出する場合は、前年(1月から12月まで)の収入金額としてください。

※ 該当する収入金額がない場合は、『0円』と記入してください。

書類別送先(希望者のみ記入)

フリガナ					受診者との続柄
氏名					
住所	郵便番号 -				
電話番号	自宅	-	-	携帯	- -

申請内容問い合わせ先(受診者・保護者以外の場合記入)

フリガナ					受診者との続柄
氏名					
住所	郵便番号 -				
電話番号	自宅	-	-	携帯	- -