特定医療費支給認定 変更申請書

| 京都府知事 様 <u>20250701版</u> | | | | | | | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--|--|---|---|--|--|----------------------|------|------------|
| | |)患者に対する医療等 に記載のとおり申請 | | 聿第10条第 | | | | | | |
| | フリガナ | | , 00, 0, | | ## | 大正・ | 昭和 | 平成 | • 4 | 和 |
| 患 | 氏 名 | _ | | 月日 | 生年 月日 年 | | В | | 歳 | |
| 者 | 住 所 | 京都府 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 自宅: - | | | | - | | | | |
| 送 | 付先につ | いて該当する口に | √ を記入して | | | | | | | |
| | フリガナ | 思者に送付 | | 法定代理人に送付 □ その | | | (詳細な | を以下に | 記載) |) |
| 送 | | | | | 患者 との | | | | | |
| 付 | 氏 名 | - | | | 関係 | | | | | |
| 先 | 住 所 | 1 | | | | | | | | |
| 76 | | | | | | | | | | |
| L | 電話番号 | | | | 携帯: | _ | • | _ | | |
| 法 | <u> 定代理人</u> フリガナ | <u>(患者が未成年又</u> | は成年被後 | 見人の場合 | | 載してくだる | さい。 | | | |
| 法定 | 氏 名 | | | 患者との関係 | | | | | | |
| 代理 | ᄼ | ₸ | | | | | | | | |
| 人 | 住 所 | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | 自宅: – | | _ | 携帯: | _ | | _ | | |
| <u> </u> | | | | | 17315 | | | | | |
| | | 患者又は法定代理人に | 以外の方が申 | 請する場合 | | ださい。 | | | | |
| 京都 | <u>委任状></u> 部府知事 仏は、(受 | 様 | 以外の方が申 | | | | 三難病) 0 |)支給認定 | ≘申請に | に係る |
| 京都 | 邓府知事 | 様 任者名: :します。 | |) を代理 | <u>に記入してく</u> 人と定め、特別 | | ≘難病) <i>₫</i> |)支給認定 | 2申請に | に係る |
| 京都 | 部府知事 仏は、(受 売きを委任 | 様 任者名: <mark></mark> | 以外の方が申 | | <u>に記入してく</u> 人と定め、特別 | | ≧難病) <i>の</i> |)支給認定 | 2申請に | に係る |
| 京都 | 部府知事 仏は、(受 売きを委任 代: | 様 任者名: <u></u> します。 年 月 | |) を代理 | <u>に記入してく</u> 人と定め、特別 | | ≧難病) <i>0</i> |)支給認定 | 2申請に | に係る |
| 京都 | 部府知事 仏は、(受 売きを委任 代: | 様 任者名: します。 年 月 理人住所 | |) を代理 | <u>に記入してく</u> 人と定め、特別 | | ≘難病)の |)支給認定 | 三申請に | 2係る |
| 京都 | 部府知事 仏は、(受 売きを委任 代: 申請者 | 様 任者名: します。 年 月 理人住所 との続柄 | 告示番号 |) を代理 | <u>こ記入してく</u> 人と定め、特定 名: | | ₽難病) <i>0</i> |)支給認定 | ご 日 | 5係る |
| 京都 | 部府知事 仏は、(受 売きを委任 代: 申請者 | 様 任者名: します。 年 月 理人住所 との続柄 疾病名 診断年月 (臨床調査個人票か | 告示番号日から転記) |) を代理 | こ記入してく 人と定め、特別 名: 指定難病名 | 它医療費(指定 | 月 |)支給認定 | | ご係る |
| 京都 | 部府知事 仏は、(受 売きを委任 代: 申請者 | 様に任者名: にします。 年月日本 月里人住所 との続柄 疾病名 を | 日 告示番号 日から転記) た理由を右 が断年月日」 かになる場合 | を代理委任者の 臨床調症 申請書 | こ記入してく 人と定め、特別 名: 指定難病名 年 香個人票の受命 悪化等により、 類の準備や提出 | E医療費(指定 原に時間を要し 出に時間を要し | 月 ルたため |)支給認定 | | ご係る |
| 京都 | 部府知事 仏は、(受 売きを委任 代: 申請者 | 様に任者名: します。 年 月 月 日本 | 日告示番号日から転記)と断に明年のは、日本のでは | ○ を代理 委任者 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ | こ記入してく 人と定め、特定 名: 指定難病名 年 香個人票の受命 | E医療費(指定 関に時間を要し 出に時間を要し こと等により | 月 たため いたため |)支給認定 | | ご係る |
| 京和新 | 部府知事 仏は、(受 売きを委任 代: 申請者 | 様に任者名: します。 年 月 月 日本 | 日告示番号日から転記)と断に明年のは、日本のでは | ○ を代理 委任者 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ | こ記入してく 人と定め、特別名: 名: 指定難病名 年 首個人票の受命 悪化等に被りた 類の準備が受けた。 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 類のというでは、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は | E医療費(指定 関に時間を要し 出に時間を要し こと等により | 月 たため いたため |)支給認定 | | ご係る |
| 京和新 | 部府知事 仏は、(受 売きを委任 代: 申請者 | 様に任者名: します。 年 月 月 日本 | 日の一番では、日の一番では、日の一番では、日の一番では、日の一般では、日の一般では、日のでは、日のでは、日のでは、日のでは、日のでは、日のでは、日のでは、日の |)を代理 委任 番 臨 症申 大申 その 装 を を 装 を を を を を を を を を を を を を を を | こ記入してく 人と定め、特別名: 名: 指定難病名 年 首個人票の受命 悪性の準備が災害に被りい 類の害に被災に時間 (しており離脱見 | E医療費(指定 原に時間を要し 出に時間を要し こと等により | 月 いたため いたため | | | |
| 京和新 | 部府知事 仏は、(受 続きを委任 代: 申請者 | 様に任者名: 日本 月 月 日本 | 日日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 |)を代理 委任者 る任者 の | こ記入してく 人と定め、特別名: 名: 指定難病名 年 首個人票の受命 悪性の準備が災害に被りい 類の害に被災に時間 (しており離脱見 | E医療費(指定 原に時間を要し 出にという ここと要したため 記込みがなく、 定医療費の助 | 月 <i>、</i> たため ・たため ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ | h助が必要 以降) に、 | |) |
| 京新 | 部府知事 ムは、(受持さを委任 代注 申請者 | 様に任者名: にします。 年 月 月 日本 | 日日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 |)を代理 委任者 る任者 の | こ記入してく 人と定め、特別名: 指定難病名 年 首個人票の受命 悪化等備が災害に被災に時間 (しており離脱別 更用 12か月間(特) 更用 12か月間(特) | E医療費(指定 原に時間を要し 出にという ここと要したため 記込みがなく、 定医療費の助 | 月 <i>、</i> たため ・たため ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ | かけが必要 以降) に、 | |) |
| 京新 | 部府知事 ムは、(受持さを委任 代注 申請者 | 様に任者名: にします。 年 月 月 日本 | 日の |) を代理 者 臨 症申 大申 そ を心 以の 世 生 生 を の療 員 保 | こ記入してく 人と定め、特別名: 指定難病名 年 首個人票の受命 悪化等備が災害に被災に時間 (しており離脱別 更用 12か月間(特) 更用 12か月間(特) | E医療費(指定 原に時間を要し 出に時間を要し ことがある。 記込みがなく、 定医療費の助に COO円を超える。 発止 に日を記載) | 月 <i>、</i> たため ・たため ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ | かけが必要 以降) に、 | 臣 上記 |) |

2頁 ≪申請書 続き≫

- 支給認定基準世帯員(※1)以下について必要な分を記載してください。 ※1 自己負担上限額算定時に参照する世帯員です。患者が加入する公的医療保険に応じて参照範囲は異なります。 参照範囲は「必要書類(新規)」7頁の「支給認定基準世帯員のフローチャート」をご確認ください。
- ※2 個人番号については、確認できる添付書類(個人番号が表示されている住民票の写し等)があれば省略可能です。その場合は、「記載省略(添付書類あり)」の口にプタ記入してください。

| ſ | | | | | | 70 0 0 0 0 | V 10 | | | |
|-------------|----------|---|--|----------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------|
| | | 氏名 | | 患者との 続柄 | 16歳未満 | 個人番号(| ※ 2)□ | 省略(添 | 付書類あり | の場合) |
| | | 1 頁患者欄に同じ | | 本人 | 口 該当 | | | | | |
| | | 公的医療保険情 | 報(※2)口 | 生活保護・ | 中国残留邦人等 | 支援給付 | | | | |
| | 患 | 保険者番号 | | | 保険者名称 | | | | | |
| | 者 | 記号 | | | 番号 | | | | 枝番 | |
| | | | 社会保険の場合、患者 対は被扶養者)を | | 患者が被保険 | 者 口 | 患者が 被 ★世帯員① | 欧扶養者 ()に家族の情報 | 家族が被保 ^{級をお書きく} | 段者) ださい |
| | | 1月1日時点(※)で居住していた市区町村 ※1~6月中の申請は前年、7~12月中の申請は当年 | | | | | | | | |
| | | 都・道・府・県 市・区・町・村 | | | | | | | | |
| ★患者 | 世 | 氏名 | | 患者との 続柄 | 16歳未満 | 個人番号 口 省略(添付書類な | | 付書類あり | の場合) | |
| が | 帯員の | | | | □該当 | | | | | |
| 社会 | 1 | 1月1 | 日時点(※)で居住 | していた市区 | □村 ※1~6月 | | j年、7~ · | 1 2月中の | 申請は当年 | |
| 会保険 | * | | 都•道•府•県 | 市・区・町・村 | | □ 患者と同じ | | | | |
| のっ | | 氏名 | | 患者との 16歳未満 | | 個人番号 一 省略(添付書類ありの場合) | | | | |
| · 被 扶 | 世 | | | 続柄 | | | | | い自然のり | 7005場口) |
| 扶養老 | 帯員 | | | | 該当 | | | | | |
| 者 | 2 | 1月1日時点(※)で居住していた市区町村 ※1~6月中の申請は前年、7~12月中の申請は当年 | | | | | | | | |
| に 該 | | 都・道・府・県 市・区・町・村 □ 患者と同じ □ 世帯員①と同 | | | | | | 同じ | | |
| 当する場 | | 氏名 患者との 続柄 | | | 16歳未満 個人番号 □ 省略(添付書類ありの場合) | | | | | の場合) |
| る場合、 | 世 帯 | | | | □該当 | | | | | |
| 1 | 員 ③ | 1月1日時点(※)で居住していた市区町村 ※1~6月中の申請は前年、7~12月中の申請は当年 | | | | | | | | |
| 被保険 | 9 | | 市・区・町・村 | □ 患者 | 皆と同じ | | 世帯員(|) と同じ | | |
| 映者の | | 氏名 | | 患者との 続柄 | 16歳未満 | 個人番号 | B 🗆 | 記載省略 | (添付書類 | (あり) |
| 情 | 世 帯 | | | 3,2110 | □該当 | | | | | |
| 報を記 | 員 | | | していた市区 | 町村 ※1~6月 | 中の申請は前 | i年、7~1 | 1 2月中の8 | 申請は当年 | |
| 載 | 4 | | 都・道・府・県 | | 市・区・町・村 | | | | 世帯員(|) と同じ |
| L | <所 | 得に関する申立 | 事項>※非課税世 | 帯の方は | 「低所得IIに | こ該当しない | か必ず品 | 幹認してく | ください。 | |
| | | ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, | 以下のいずれかに | | | | | | | に同意し |
| | | 上位所得 | ます。 ・「患者本人以外 人番号を含む) | | 写し」及び「患 | 者本人以外の | か加入医療 | 保険の確認 | 認に必要な | 情報(個 |
| ŀ | | | ・海外に在住して | | り必要な課税情 | 報の確認がで | ごきない | | | |
| | | | 非課税世帯かつ | 患者本人の | が 前年(1~6 | 月に申請す | る場合は | 前々年) | の収入 (| 以下①~ |
| | | ③の合計額)が80万9千円以下のため、低所得 I (自己負担上限月額2,500円)の階層に該当します。 | | | | | | | | リノの喧唱 |
| | | 低所得 I | ①合計所得金額 ②公的年金等収 | 入宮百 | | | | | | |
| | | E1/114 1 | ② 原生労働省令に定める以下の収入(該当する場合は確認できる書類を添付) ・ 障害基礎年金 ・ 遺族基礎年金 ・ 寡婦年金 ・ 障害年金 ・ 障害厚生年金 | | | | | | | |
| | | | • 障害手当金 • 障害共済年 | 遺族厚 | 生年金 • 遺 | タルー立 族共済年金 • 障害補償約 | • 障害- | 一時金 | · 障害箱 | _ |
| | | | ・ 関西共済中・ 特別児童扶 | ッ ・ _{村の} 養手当 ・ | 障害児福祉手 | | 章害者手 | | • 啤古縣 业手当 | 対見 |