様式第５号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受  診  者 | 受給者番号 | | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | | | |
| フ リ ガ ナ | | |  | | | | | | | | 年  齢 | 歳 | 生 年 月 日 | | |
| 氏　　　名 | | |  | | | | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 居　住　地 | | | 〒 | |  | | | | | | | | | 電話  番号 |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 保  護  者 | フ リ ガ ナ | | |  | | | | | | | | | | 受診者との  関　係 |  | |
| 氏　　　名 | | |  | | | | | | | | | |
| 居　住　地 | | | 〒 | |  | | | | | | | | 電話番号 |  | |
|  | | | | | | | | | |
| 変  　更  　の  　あ  　る  　事  　項  　に  レ  印 | 事　　項 | | | 変　更　前 | | | | | | | | | | 変　更　後 | | |
| □ | 受診者に関する事項（氏名・居住地  ・電話番号等） | |  | | | | | | | | | |  | | |
| □ | 保護者に関する事項（氏名・居住地  ・電話番号等） | |  | | | | | | | | | |  | | |
| □ | 被保険者証に  関する事項  （記号及び番号  ・保険者名等） | |  | | | | | | | | | |  | | |
| □ | 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  に関する事項  （氏名） | |  | | | | | | | | | |  | | |
| □ | その他の事項 | |  | | | | | | | | | |  | | |
| 備　　考 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　月　　　日  　　愛媛県知事　　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　届出者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | |

注１　届出者について、受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要。

　２　保護者の居住地及び電話番号は、受診者本人と異なる場合に記入。

３　指定医療機関、自己負担上限額（所得区分、人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者、高額かつ長期）及び

指定難病の名称の変更は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保健所  　記入欄 | 世帯員変更〔 有 ・ 無 〕 | 年度課税 〔 有 ・ 無 〕※社保のみ | 保険加入〔 有 ・ 無 〕※生保のみ |
| 本人（又は保護者）年収　□80万円超　　□80万円以下　　※Ｂ１又はＢ２に変更予定の場合のみ  □障害年金あり　　□遺族年金あり　　□特別障害者手当あり　　□特別児童扶養手当あり  □その他収入あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　□その他収入なし | | |