

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

届出者	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			
	保護者	受診者が18歳未満の場合のみ、保護者欄に記入してください。					
		フリガナ		受診者との関係			
		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"/>	自宅電話番号	- -	<input type="checkbox"/>	携帯電話番号	- -
		<input type="checkbox"/>	フリガナ				受診者との関係
		<input type="checkbox"/>	氏名				
		<input type="checkbox"/>	個人番号				
		<input type="checkbox"/>	住所	郵便番号 -			
		<input type="checkbox"/>	自宅電話番号	- -	<input type="checkbox"/>	携帯電話番号	- -
	加入医療保険	<input type="checkbox"/>	保険者名(称)				
		<input type="checkbox"/>	生活保護受給の有無	有 ・ 無			
		※生活保護を受給している場合：医療保険加入の有無					有 ・ 無
		<input type="checkbox"/>	記号・番号 (被保険者番号)		<input type="checkbox"/>	保険種別	国保(組合)・後期組合・協会けんぽ・共済その他()
	基準世帯員	<input type="checkbox"/>	追加・削除	氏名			
				1月1日現在の住所所在地	都・道 府・県	市・区 町・村	続柄
				個人番号			
		<input type="checkbox"/>	追加・削除	氏名			
				1月1日現在の住所所在地	都・道 府・県	市・区 町・村	続柄
				個人番号			
		<input type="checkbox"/>	追加・削除	氏名			
				1月1日現在の住所所在地	都・道 府・県	市・区 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			静岡県知事 様				

注1 変更のない事項については、記入は不要です。
 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。

変更届等に伴う年収等申告書

1 世帯内受給者の確認

受診者と同じ医療保険に加入する方で、指定難病・小児慢性特定疾病の受給者（申請者）の方がいる場合は氏名を記載し、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	受給資格 (該当するものに○印を付してください)
受診者	本人	小児慢性
1		指定難病 ・ 小児慢性
2		指定難病 ・ 小児慢性
3		指定難病 ・ 小児慢性

2 受診者本人年収の確認

私（18歳未満の場合は保護者（両親の場合は両親とも））の _____ 年1月から _____ 年12月までの以下の収入について申告いたします。

氏名		氏名			
収入の区分	種類 (該当するものに○印を付してください。)	収入金額	収入の区分	種類 (該当するものに○印を付してください。)	収入金額
1 年金	障害・遺族・寡婦	円	1 年金	障害・遺族・寡婦	円
2 手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円	2 手当金	特別児童扶養・障害・福祉	円
3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円	3 その他	障害一時金・障害給付金・障害補償	円

注1 該当する収入がない場合は、『0円』と記入してください

2 合計が80万円以下である場合は、その収入を確認する書類を提出してください。

なお、合計が80万円以上である場合、提出は不要です。

3 表の中に書かれた収入以外については、記載する必要はありません。

4 老齢年金は、上記「1 年金」には該当しません。

3 税関係書類の提出または年収確認の省略

希望される方にチェックを入れ、署名してください。

私は

負担上限月額が最高階層になることを了承し、市町村民税の課税証明書を提出しません。

負担上限月額が低所得Ⅱとなることに了承し、本人年収確認をしません

(同じ医療保険の世帯全員（被用者保険の場合は被保険者のみ）の市町村民税課税が0円の場合のみ)

受診者氏名 _____

注 受診者の医療保険が国民健康保険組合である場合は、市町村民税の課税証明書の提出は省略できません。

上記のとおり申告します。

届出者住所 _____

受診者との続柄 _____

届出者氏名 _____

連絡先（電話番号） _____

※いずれの署名欄も自署の場合は押印不要です。受診者が18歳未満の場合は保護者が署名してください。