第２号様式（第２条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 特定医療費支給認定申請事項変更届出書 | | | | | | | |
| 受診者 | 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 |  | | 受診者との続柄 | | |  |
| 氏名 |  | |
| 居住地 | 〒 | | 電話番号 | | |  |
| 医療受給者証の受給者番号 | |  | 支給認定の  有効期間 | | | 年　　月　　日から    年　　月　　日まで | |
| 変更事項 | |  | | | | | |
| 変更内容 | | 変　　更　　前 | | 変　　更　　後 | | | |
|  | |  | | | |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 特定医療費支給認定の申請事項に変更があったので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第１３条第１項の規定により、上記のとおり届け出ます。  収受印（県記入欄）  　　届出者氏名  　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  地域県民局長　　　　　　　　殿 | | | | | | | |

注１　「受診者」とは、指定難病の患者をいう。

２　「保護者」の欄は、受診者の保護者が支給認定を受けている場合に記入すること。

　３　変更した内容を証する書類及び医療受給者証を添付すること。

　４　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４縦長とする。