

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		性別	男	年齢	生 年 月 日
	氏 名			女	歳	
	居 住 地	〒		電 話 番 号		
保護者	フリガナ		受診者との続柄		年 月 日	
	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				
<p>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。</p>						
届出者氏名					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     收受印（県記入欄）                 </div>	
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、日本産業規格A4縦長とする。