

特定医療費（指定難病）変更申請書（指定医療機関・自己負担額）

受給者	ふりがな						性別	男・女
	氏名							
	生年月日	大正 昭和 年 月 日 平成 令和						
	電話番号							
住所	〒							
追加医療機関  ※該当する医療機関種別に“○”	病院 薬局 訪問看護	名称 所在地 〒	—	年 月 日 受診予定・受診済				
	病院 薬局 訪問看護	名称 所在地 〒	—	年 月 日 受診予定・受診済				
	病院 薬局 訪問看護	名称 所在地 〒	—	年 月 日 受診予定・受診済				
	病院 薬局 訪問看護	名称 所在地 〒	—	年 月 日 受診予定・受診済				
削除医療機関	①	②						
	③	④						
	⑤	⑥						
自己負担額変更 ※該当するものに“○”	人工呼吸器等装着	高額かつ長期						
	生活保護	その他自己負担額変更						
上記のとおり変更事項を申請します。						受付印		
申請者名 _____ 続柄 ( )								
電話番号 _____								
年 月 日 大分県知事 殿								

※代理人が申請手続きをする場合に記入

委 任 状	代理人	氏名 _____	生年月日 _____
		住所 _____	続柄 _____
		連絡先 _____	
		私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。 ※委任しない事項は二重線を記入。	
		(委任する内容) 1 特定医療費（指定難病）変更申請に係る手続き 2 変更決定後の特定医療費（指定難病）受給者証の受領【認定の場合】 3 特定医療費（指定難病）変更申請の却下通知の受領【却下の場合】 4 その他（ _____ ）	
		年 月 日	
	委任者	氏名 _____	
		住所 _____	

## 自己負担額変更添付が必要な書類の例示

人工呼吸器等装着	・ 認定を受けた指定難病の臨床調査個人票（該当箇所を指定医が記載したもの）
高額かつ長期	・ 自己負担上限額管理票の写し等
生活保護	・ 生活保護受給証明書 （生活保護に該当した場合、福祉事務所等で交付を受けてください）