

情報連携する
(※1)

情報連携しない

受給者番号

変更

特定医療費（指定難病）支給認定変更申請書 兼 受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ					生年月日	年齢	
	氏名					年 月 日	歳	
	個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済みの個人番号と同じ					電話 (自宅)		
						(携帯)		
	住所	〒 三重県						
保護者	フリガナ					受診者との関係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	氏名							
	個人番号 <input type="checkbox"/> 提供済みの個人番号と同じ					電話 (自宅)		
						(携帯)		
変更のある事項に☑(※2)	事項	変更前			変更後			
	<input type="checkbox"/>	★自己負担上限月額 (所得区分・人工呼吸器等 装着・高額かつ長期・ 世帯内按分等)						
	<input type="checkbox"/>	★その他						
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号 ・個人番号)						
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号 ・個人番号)						
	<input type="checkbox"/>	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 保険者所在地・受診者と同じ の加入者)						
	<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に 関する情報 (氏名・個人番号)						
<input type="checkbox"/>	その他							
変更年月日		年 月 日						
備考								
私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証等に記載された事項の変更について、上記のとおり申請（届出）します。また、申請（届出）書に記入した内容については、事実と相違ありません。 _____ 年 月 日 申請者（受診者）氏名 _____ (※3) 三重県知事 あて						受付欄		

- ※1 該当者の個人番号を記載し、「情報連携する」にチェックすることで、市町村民税所得課税証明書及び医療保険の資格情報が確認できる資料が省略できます。
- ※2 変更事項欄の★印付きの事項については申請、その他は届出となります。
- ※3 申請者（受診者）氏名は、受診者本人か保護者（受診者が18歳未満の場合）の氏名を記入してください。
- ※4 受給者証（又は登録者証）変更の場合は、現在お持ちの受給者証（又は登録者証）を添付してください。
- ※5 その他、変更のある事項に応じて必要書類が異なりますので、裏面の注意書きを参考に添付資料を整えてください。
- ※6 登録者証の記載事項変更届に該当する場合は、「受診者」を「要支援者」と読み替えます。

裏面も記載してください

(裏面)

○世帯調書 (受診者本人も記載してください。)

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)について記載してください。

※7 個人番号は、世帯調書に記載する方全員を記入してください。

※8 年末調整や確定申告をした方も申告「有」に該当します。なお、申告が必要なのは世帯員のうち課税証明書の提出が必要な方(個人番号を提出することにより課税証明書を省略できる方を含む)です。

※9 記入する住所所在地…1月から6月の申請一前年の1月1日在住の市区町村
7月から12月の申請一当年の1月1日在住の市区町村

支給認定基準世帯員氏名 個人番号(※7)	受診者との続柄	年齢	医療保険の種別 (該当するものに○)	市町村 民税の 申告 (※8)	受給資格の有無		1月1日現在の 住所所在地(※9) (現住所と異なる 場合のみ記入)	保健所使用欄 課税年額
					特定 医療費	小児慢性 特定疾病		
受診者本人			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無		有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・高齢被(本人)・被(家族)生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
合計課税年額								
決定階層								

○非課税収入申告書

受診者(受診者が18歳未満の場合は、保護者のうち最も収入が多い方)の収入金額について記入してください。なお、下の表に記入されているもの以外の収入(例)老齢年金、恩給)については記入する必要はありません。

下記の収入の有無	有(以下、該当するものに○印を付してください) ・ 無	収入金額(※10)
1 年金	障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、法改正前の各法律に基づく障害年金	年額 円
2 手当金	福祉手当、障害手当金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当	年額 円
3 その他	障害一時金、特別障害給付金、労災・公務災害による障害補償給付等、障害給付、障害補償、障害による特別年金給付	年額 円

※10 記入する収入金額…1月から6月の申請一前々年(1月から12月まで)の収入金額
7月から12月の申請一前年(1月から12月まで)の収入金額

受診者住所以外の宛先に受給者証の送付を希望される場合は、下記にご記入ください。

住所 〒 _____

フリガナ _____

氏名 _____ 受診者との続柄 _____

電話番号 _____

保健所使用欄	
<個人番号確認> 来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 番号確認(申請者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 身元確認(来庁者) <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	確認者 _____
<医療保険の資格情報確認> <input type="checkbox"/> マイナポータル「資格情報画面」 <input type="checkbox"/> 資格確認書	

(注意)

- 1 氏名の変更の場合は、戸籍抄本を添付してください。
- 2 住所の変更の場合は、世帯全員の住民票を添付してください。
- 3 個人番号変更の場合は、個人番号が確認できる書類及び身元が確認できる書類を添付してください。
- 4 保険者及び記号・番号が変更になった場合は、医療保険の資格情報が確認できる資料等の必要書類を提出してください。
※必要書類は、保険者、所得等に応じて異なりますので、詳細は各保健所へお問い合わせください。
- 5 自己負担上限額の変更の場合は、それぞれの申請にかかる書類を添付してください。