

受 診 者	フリガナ					生 年 月 日	年齢
	氏 名					年 月 日	歳
	個人番号 ☐ 提供済みの個人番号と同じ				電話	(自宅)	
	住 所	〒 三重県 -					

保護者	フリガナ							受診者 との関係	☐ 父 ☐ 母 ☐ その他（ ）	
	氏 名									
	個人番号 ☐ 提供済みの個人番号と同じ									
	住 所							電話	(自宅) (携帯)	

事 項		変 更 前	変 更 後
☐	☆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)		
☐	☆その他		
☐	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号 ・個人番号)		
☐	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号 ・個人番号)		
☐	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・受診者と同一 の加入者)		
☐	医療保険の適用区分		
☐	支給認定基準世帯員に 関する情報 (氏名・個人番号)		
☐	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。ただし、届出の場合、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の省略はできません。
- ※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－前年の1月1日在住の市区町村
7月から12月の申請－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	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
個人番号 (※7)					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	
申請者（保護者）本人			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	
			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、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－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－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

（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、同意書及び保険者への所得区分確認のための必要書類と一緒に提出してください。
※保険者への所得区分確認のための必要書類は、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。

保健所使用欄

<個人番号確認>

来庁者

確認者

☐ 本人 ☐ 代理人

番号確認（申請者）

☐ 個人番号カード ☐ 通知カード

☐ 住民票

身元確認（来庁者）

☐ 個人番号カード

☐ 運転免許証 ☐ パスポート

☐ 身体障害者手帳

☐ 健康保険証＋住民票

☐ その他（ ）

<医療保険の資格情報確認>

☐ マイナポータル「資格情報画面」

☐ 資格確認書

☐ 健康保険証