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・女 | 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、日本産業規格Ａ４縦長とする。