

受付番号

## 特定医療費支給認定変更申請書

年 月 日

相模原市長 あて

私(申請者)は、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第33条第1項の規定により、次のとおり申請します。

<b>申請者</b>	<b>受給者番号</b>						
	<b>患者</b>	フリガナ				<b>電話番号</b>	
		氏名					
		住所	〒 -				
	<b>保護者</b> <small>患者が18才未満の場合に記入</small>	フリガナ				<b>電話番号</b>	
		氏名					
	住所	〒 -					
<b>窓口に来た人</b> <small>患者又は保護者以外の場合に記入</small>	氏名				<b>電話番号</b>		
	住所	〒 -					

**変更事項のみ記入してください。** 添付書類は裏面をご確認ください。

<b>指定難病</b>	<b>追加</b>	追加する疾病名				
	<b>変更</b>	変更前の疾病名		変更後の疾病名		
<b>自己負担上限額</b>	高額難病治療継続者としての認定希望(高額かつ長期)			有 ・ 無		
	人工呼吸器等装着者としての認定希望			有 ・ 無		
	生活保護の受給			有 ・ 無		
	患者本人が既に患っている指定難病以外の疾病で小児慢性特定疾病児童等に該当			有 ・ 無		
	患者と同一の健康保険に加入している方のうち、指定難病の患者又は小児慢性特定疾病児童等に該当			有 ・ 無		
				受給者番号:		
その他(右の欄に該当の事由を記入)			市町村民税の課税状況の変更 ( )			
<b>指定医療機関</b>	追加 削除	名称			所在地	
	追加 削除	名称			所在地	
	追加 削除	名称			所在地	

-----【表面】以下、市使用欄-----

【保健センター】 受付者	【疾病対策課】 入力者	マイ : 有 ・ 無 送 変 : 有 ・ 無	照会 : 有 ・ 無 証明 : 有 ・ 無	→	限度額: 増 ・ 減 ・ 同 変更日: /
-----------------	----------------	---------------------------	--------------------------	---	--------------------------

## 添付書類

変更事項	添付書類	対象者
指定難病	・臨床調査個人票(難病指定医の記載から3か月以内のもの) 疾病によっては、エックス線フィルムなどの資料が必要です。 詳しくは、下記の表をご確認ください。 ・指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書	-
高額難病治療継続者 (高額かつ長期)	・対象月の自己負担上限額管理票の写しや領収書の写しなど 申請月を含め12か月以内に医療費総額5万円を超える月が6回以上	-
人工呼吸器等装着	・臨床調査個人票(難病指定医の記載から3か月以内のもの)	-
生活保護の受給	・生活保護受給票の写し、又は生活保護受給証明書の写し	-
指定難病の患者又は 小児慢性特定疾病児童	・特定医療費(指定難病)医療受給者証の写し	患者と同一の健康保険に加入している方
	・小児慢性特定医療費医療受給者証の写し	患者や患者と同一の健康保険に加入している方
その他	市町村民税の課税状況	患者又は支給認定基準世帯員のうち、市町村民税の課税状況が変更になった方
	市町村民税の課税状況以外	
指定医療機関	なし	-

## 指定難病の追加、変更の際に、臨床調査個人票に併せて添付が必要なもの

告示番号	病名	添付書類
3	脊髄性筋萎縮症	Probable(疑い例)の場合、遺伝学的検査に関するレポート
14	慢性炎症性脱髄性多発ニューロパチー /多発性運動性ニューロパチー	2本以上の運動神経で、脱髄を示唆する所見が見られることを記載した神経伝導検査レポート又はそれと同内容の文書の写し(判読医の氏名の記載されたもの)
47	パージャール病	血管画像検査の電子ファイルまたは報告書のコピー
50	皮膚筋炎/多発筋炎	無筋症性皮膚筋炎の場合には、皮膚病理所見
58	肥大型心筋症	12誘導心電図(図中にキャリブレーションまたはスケールが表示されていること)および心エコー図(実画像またはレポートのコピー)により診断に必要な所見が呈示されていること)
59	拘束型心筋症	
127	前頭側頭葉変性症	画像読影レポート又はそれと同内容の文書の写し(判読医の氏名の記載されたもの)
224	紫斑病性腎炎	病理所見レポート
271	強直性脊椎炎	腰椎と仙腸関節のX線画像(仙腸関節の斜位像も撮影して確認することが望ましい。撮影されていればMRI画像も添付)

22もやもや病のキーフィルム添付は不要となりました。

## 書類の送付先・問合せ先

送付先 : 〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 疾病対策課 難病対策班

問合せ先: 疾病対策課 難病対策班 042-769-8324(直通)

窓口へ直接申請される場合は、各保健センターにご提出ください。