

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						受給者番号			性別 男・女
	氏名									
	生年月日	年 月 日								
	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						年 月 日		
		所在地	〒		—	受診予定 ・ 受診済				
	病院 薬局 訪問看護	名称						年 月 日		
		所在地	〒		—	受診予定 ・ 受診済				
	病院 薬局 訪問看護	名称						年 月 日		
	所在地	〒		—	受診予定 ・ 受診済					
病院 薬局 訪問看護	名称						年 月 日			
	所在地	〒		—	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	住所 _____
		氏名 _____
	<p>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。</p>	
	<p>(委任する内容)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 特定医療費（指定難病）支給認定変更申請に係る手続き</li> <li>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】</li> <li>3 特定医療費（指定難病）支給認定変更申請の却下通知の受領【却下の場合】</li> </ol> <p style="text-align: center;">年      月      日</p>	
	委任者	住所 _____
		氏名 _____

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）