

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	大正昭和 平成令和 年 月 日									
	電話番号										
	住所	〒									
追加医療機関	病院 薬局 訪問看護	名称 所在地 〒					—		年 月 日 受診予定 ・ 受診済		
	病院 薬局 訪問看護	名称 所在地 〒					—		年 月 日 受診予定 ・ 受診済		
	病院 薬局 訪問看護	名称 所在地 〒					—		年 月 日 受診予定 ・ 受診済		
	※該当する医療機関種別に“○”	病院 薬局 訪問看護	名称 所在地 〒					—		年 月 日 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。 申請者名 _____ 続柄（ ） _____ 電話番号 _____ 年 月 日 大分県知事 殿									受付印		

※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 _____
	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。	
	〈委任する内容〉	
	1 特定医療費（指定難病）支給認定変更申請に係る手続き 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】 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】	
	年 月 日	
	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）