

千葉県特定医療費(指定難病)受給者証記載事項等変更届 兼 変更申請書

千葉県知事様

私は、本書に記載のとおり受給者証記載事項等の変更届出・申請をします。

また、当該変更にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉県が受診者の加入する医療保険者に報告を求めすることに同意します。

記入日	令和 年 月 日
届出・申請者氏名	(必ず届出・申請者名を記入してください)

受給者番号7桁 (更新・変更の場合のみ記入)				受給者証有効期限 (新規は記入不要)				～ 年 月 日			
受診者	カナ				年齢	生年月日					
	氏名				歳	明治・大正 昭和・平成 令和 年 月 日					
	住所	〒	-	千葉県	市・町 村	電話番号	固定				
保護者(受診者が18歳未満)又は法定代理人	カナ				受診者との続柄	電話番号	固定				
	氏名				父・母 その他()	電話番号	携帯				
	住所(※1)	<input type="checkbox"/> 同上(チェックして記入省略)									
	〒	-	都・道 府・県	市・町 村							

変更のある項目のみ記入してください。(変更前・変更後の両方を記入)

項目	変更前	変更後
受診者	カナ	
	氏名	
	住所	〒 - 千葉県 市・町 村
	電話番号	
保護者	カナ	
	氏名	
	住所	〒 - 都・道 府・県 市・区 町・村
	電話番号	
受診者が 医療加入している	保険者名 (加入先)	
	記号・番号 (被保険者番号)	
	被保険者氏名	
	医療保険の 適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ I・II・III・IV・V・VI
	世帯員(※2)	(該当する箇所を○で囲ってください。) 受診者と同一保険に加入している世帯員に変更がある場合、 裏面の「支給認定基準世帯員 記入欄」に最新の世帯員を記入してください。
	世帯内按分(※2)	追加・変更・解消 (該当する箇所を○で囲い、裏面の「支給認定基準世帯員 記入欄」に最新の世帯員を記入してください。)

留意事項

※1 受診者と異なる場合に記入してください。

※2 世帯員が追加された場合、個人番号に係る調査も併せて提出してください。

※裏面も必ず御記入ください。

支給認定基準世帯員 記入欄

○国保・後期高齢・国保組合の方:受診者と同一保険に加入している方全員を記入してください。
○それ以外の保険の方:①被保険者本人及び保護者
②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者(対象者がいる場合のみ)
を記入してください。なお、受診者については記入不要です。

Table with columns: カナ, 氏名, 続柄, 生年月日, 住所, 難病・小慢認定の有無, 現在の自己負担上限額. Includes checkboxes for '無', '難病', '小慢'.

注1 「続柄」は受診者からみたものを記入してください。
注2 「難病・小慢認定の有無」は、該当するものをチェックし、受給者証又は申請書の写しを添付してください。
注3 「自己負担上限額」は、難病・小慢の認定を受けている場合に記入してください。

Table with columns: 受診を希望する指定医療機関の追加, 医療機関名, 所在地. Includes a note about writing in blank space.

Table for 郵送先 (Mailing Address) with columns: 氏名, 住所, 受診者との続柄, 電話番号.

Table for 自己負担上限額の特例と変更 (Special provisions and changes to self-payment ceiling) with checkboxes for '生活保護受給者', '寡婦(夫)控除のみなし適用', '境界層措置', '市町村民税額等の変更'.

市町村民税が非課税の世帯(※5)の方は、下記を記入(該当するものに☑)してください。
(階層区分は、申請者(保護者がいる場合は保護者を含む)の合計所得金額・公的年金等の収入・障害手当金等の給付の合計金額により決定します。)

Table with checkboxes for income declaration: '今回書類を提出したものの他に障害年金や遺族年金等の収入等はありません。' and '今回書類を提出したものの他に障害年金や遺族年金等の収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部、提出を省略します。'

DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合には、情報連携における不開示設定等を希望することで、所在地に繋がる情報を秘匿することができます。希望する場合には、右欄に記入してください。
(記入された情報は、上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。)

留意事項

- ※3 法律上の婚姻をすることなく、父又は母となった方で、申請時及び前年末において婚姻をしていない方は、自己負担上限額が軽減される可能性があります。
※4 福祉事務所等から「境界層該当証明書」が交付された場合、提出していただくことで自己負担上限額が軽減される場合があります。
※5 加入する保険が国保・国保組合・後期高齢の場合、加入する世帯全員の市町村民税(所得割額・均等割額)が0円の場合に非課税扱いとなり、それ以外の保険の場合は、被保険者と受診者の市町村民税(所得割額・均等割額)が0円の場合に非課税扱いとなります。

※本書届出・申請内容が分かる添付資料を併せて提出してください