様式第３（第１条関係）

**指定難病**

（表）

支給認定患者の氏名等の変更届

年　　月　　日

愛知県知事　殿

届出者　氏名　　　　　　　　　　　印

　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２項の規定により関係書類を添えて届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 記受給者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 患　者 | フリガナ |  | | | | | | | 性別 | | 男・女 | | 年齢 | | 歳 | | 生年月日 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 患者との続柄 | |  | | | | | | |
| 氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付欄（保健所記入） | 階層区分  （該当階層にチェック） | 保健所受付印 | 経由印 | 本庁受付印 |
|  |  |  |
| □変更なし  □生活保護  □低所得Ⅰ  □低所得Ⅱ  □一般所得Ⅰ  □一般所得Ⅱ  □上位所得 |

（裏）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更事項 | | 変更前 | 変更後 | |
| □ | 患者に関する事項  （氏名・居住地・電話番号） |  |  | |
| □ | 保護者に関する事項  （氏名・居住地・電話番号・患者との続柄） |  |  | |
| □ | 被保険者証に関する事項  （記号及び番号・保険者名・保険者所在地・支給認定基準世帯員） |  |  | |
| □ | 医療保険の適用区分 |  |  | |
| 備　　考 | |  | |

備考　１　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。

　　　２　届出者の押印は、氏名を自署する場合にあっては省略することができる。