

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書							
			受給者番号				
受 診 者	ふりがな			年 齢	歳	生年月日(和暦で記入)	
	氏 名					年 月 日	
	住 所	〒				電話 番 号	
申 請 者	ふりがな				受診者との 関 係		
	氏 名						
	住 所 (受診者と異なる 場合のみ記入)	〒			電話番号 (受診者と異なる場合 のみ記入)		
変更事項 (いずれかに○)		①自己負担上限額に関する事項 ・ ②疾病名の変更 ※1 ③疾病名の追加 ※1					
自己 負担 上 限 額 の 変 更	該当する ものに☑	☐	人 工 呼 吸 器 等 装 着 *「人工呼吸器等装着者証明書」の提出が必要		☐	高 額 治 療 継 続 ※2 *「重症患者認定申告書」の提出が必要	
		☐	世 帯 内 按 分 特 例		☐	重 症 患 者 認 定 *「重症患者認定申告書」の提出が必要	
		☐	その他(自己負担上限額の特例以外の自己負担上限額に関する事項)				
変更または追加 する疾病名 「医療意見書」が必要							
小児慢性特定疾病医療費の支給を開始 することが適当と考えら れる年月日		年 月 日 (和暦で記入)			【左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 ☐ 医療意見書の受領に時間を要したため ☐ 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため ☐ 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため ☐ その他 []		
上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費支給認定の変更を申請します。 申請者氏名 年 月 日 (和暦で記入) 鹿児島県知事 殿							

※1 疾病名の変更又は追加の申請をする場合は、指定医の作成した医療意見書が必要です。

※2 支給認定を受けた月から12か月以内に当該支給認定に係る医療費総額が5万円を超えた月が6回以上ある場合に該当。確認書類の添付が必要。

◎ 変更申請が認定された場合の適用日について

①…変更申請の受理日の属する月の翌月の初日

②、③、④…指定医が疾病の状態の程度を満たしていると診断した日(ただし遡り期間は原則申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3か月前)の同じ日)まで遡って申請することが可能。

そのため、申請日に関わらず、医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載。

保 健 所 記 載 欄	階 層 区 分		自己負担限度額	特例前	円	特例後	円	受 付 番 号	
	その他								