

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 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			
	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			
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 _____ 印 続柄 () ※記名押印または自筆による署名										
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 _____
		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引き、訂正印を押印
	(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 _____ 印

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）