

(様式第3号)

## 岡山市特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届

岡山市長 様

年 月 日

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条の規定により次のとおり届け出ます。

また、特定医療費(指定難病)の給付を受けるにあたり、自己負担額の決定に必要な世帯状況、課税状況・生活保護受給状況・国民健康保険等の医療保険加入状況・小児慢性特定疾病医療の受給状況・年金受給状況・特別児童扶養手当等の受給状況を岡山市が調査すること及び関係機関が岡山市へ情報提供することに同意します。

なお、このことについて世帯員全員の同意を得ています。

### (届出人)

フリガナ		受給者 番号								
患者氏名										
住所	〒 - 岡山市 区				連絡先	- -				
患者が18歳未満の場合は以下を記入										
保護者氏名				患者と の続柄						
保護者住所	〒 - 岡山市 区	<input type="checkbox"/> 患者に同じ			保護者 連絡先	- -				

(変更事項) 該当箇所にチェック☑し、下の欄に変更内容を記入してください。

患者の氏名、住民票住所

(運転免許証等、住民票上の住所が確認できる公的な書面を持参ください)

保護者の氏名、住民票住所

(運転免許証等、住民票上の住所が確認できる公的な書面を持参ください)

加入医療保険(記号・番号・保険者名称・被保険者名)

添付書類:資格確認書等 保険情報が確認できる書類のコピー

〔 ※国家公務員共済組合・地方公務員共済組合に加入している方で  
被保険者が市町村民税非課税の場合:同意書 〕

支給認定基準世帯員の氏名

患者及び届出人等のマイナンバー(マイナンバーカード等を提示してください)

### (変更内容)

変更前	変更後	変更年月日
(変更内容1) <input type="checkbox"/> 受給者証のとおり	<input type="checkbox"/> コピーのとおり	年 月 日
(変更内容2) <input type="checkbox"/> 受給者証のとおり	<input type="checkbox"/> コピーのとおり	年 月 日

### ※注意事項

この届に伴い世帯収入に変更がある場合、岡山市が職権で自己負担上限額を変更します。  
(変更認定の翌月1日から適用)

保健所処理欄	受理日
--------	-----