(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。

**（届出人）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 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 | 〒　　　－□ 患者に同じ岡山市　　　区 | 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（保険証　記号・番号・保険者名称・被保険者名）**

　　　添付書類：被保険者証のコピー

　　　　※国民健康保険組合の方：同意書と同一保険加入者の市町村民税(非)課税証明書

　　　　※被用者保険で被保険者が市町村民税非課税の場合：被保険者の市町村民税非課税証明書

**□ 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） ☐ 受給者証のとおり | ☐ コピーのとおり | 年　　　月　　　日 |
| （変更内容２） ☐ 受給者証のとおり | ☐ 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 |