

申立書

年 月 日

堺市長 殿

受診者住所 _____

氏名 _____

申請者住所 _____

氏名 _____

※申請者は、特定医療費(指定難病)支給認定申請書等に記載した申請者を記載してください。
※受診者本人が申請者の場合は、申請者の記載は不要です。

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）の規定による特定医療費（指定難病）の支給認定の申請又は届出をするに当たり、次のとおり申し立てます。

■ 転入・再申請の場合

<input type="checkbox"/>	転入前又は前回の申請時から、加入する医療保険に変更はありません。
<input type="checkbox"/>	転入前又は前回の申請時から、支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険への加入者）に変更はありません。

■ その他 ※具体的に記入してください。

<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--

注意 該当する項目に○印を記入し、必要事項を記入してください。