

# 申立書（上位・低Ⅱ関係）

奈良県知事 殿

令和 年 月 日

指定難病特定医療費受給者証にかかる支給認定申請（新規・変更・更新）について、自己負担上限額の階層区分を「上位・低所得Ⅱ」となることを了承します。

※いずれかを囲んでください。

受給者氏名

\_\_\_\_\_

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--

申請者氏名

\_\_\_\_\_