

# 申立書

奈良県知事 殿

令和 年 月 日

特定医療費（指定難病）の支給認定の変更申請をするにあたり、現に支給認定を受けている支給認定基準世帯員（※）から変更がなく、階層区分の再認定を希望しないことを申し立てます。

※受給者（患者）と同じ医療保険に加入する世帯をいいます。

受給者氏名

---

受給者番号

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

申請者氏名

---