

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受 診 者	ふりがな	年 齢	歳	生 年 月 日		
	氏 名			年	月	日
	個人番号					
	ふりがな	電 話 番 号				
住 所						
保 護 者	ふりがな	電 話 番 号				
	氏 名					
	個人番号					
者	ふりがな	受診者との関係				
	住 所 (児童と異なる場合に記入)					

受 給 者 番 号	
-----------	--

事 項		変 更 前	変 更 後
<input type="checkbox"/>	児童に関する事項 (氏名・住所・生年月日等)		
<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)		
<input type="checkbox"/>	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・保険者所在地・受診者と同一の加入者等)		
<input checked="" type="checkbox"/>	医療保険の適用区分		
<input type="checkbox"/>	その他の事項		

備 考	
-----	--

豊田市保健所長 様

上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された事項の変更について届け出ます。
また、支給認定基準世帯員に変更がある場合は、費用の徴収額を算定するため、世帯員の市民税等に係る公簿の閲覧に関し、所定の申請権限を豊田市保健所長へ委任します。

届出者氏名 _____
年 月 日

※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・重症患者認定）及び疾病名の変更については、支給認定の変更を行うため、支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。