

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	フリガナ		生年月日  年 月 日
	氏 名		
	個人番号		電話番号
	住 所		
申 請 者	氏 名		受診者との続柄
	個人番号		電話番号
	住 所 (※1)		
受 給 者 番 号			
変 更 の あ る 事 項 に ☑	事 項	変 更 前	変 更 後
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所等)	
	<input type="checkbox"/>	申請者に関する事項 (氏名・住所等)	
	<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・ 受診者と同一の保険加入者等)	
	<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分	
	<input type="checkbox"/>	その他の事項	
備 考			
<p>私は、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、上記のとおり届出します。 また、支給認定に係る利用者負担額算出のため、世帯員の課税状況を閲覧することに同意します。</p>			
豊橋市保健所長 様		年 月 日	申請者氏名

※1 受診者と異なる場合に記入してください。

※2 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。