

様式第 1 号の 2

(表)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請事項変更届出書

(あて先) 川口市長

年 月 日

届出者 住 所 郵便番号
フリガナ
氏 名
個人番号
電話番号
受診者との続柄

児童福祉法施行規則第 7 条の 9 第 3 項の規定により、小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請に係る事項を次のとおり変更したので届け出ます。

公費負担者番号								フリガナ	
								受診者氏名	
受給者番号								生年月日	年 月 日
								個人番号	

	変更前				変更後			
受診者	氏 名				氏 名			
	住 所				住 所			
	個 人 番 号				個 人 番 号			
	電 話 番 号				電 話 番 号			
	生 年 月 日				生 年 月 日			
保護者	氏 名 (続柄)	()			氏 名 (続柄)	()		
	住 所				住 所			
	個 人 番 号				個 人 番 号			
	電 話 番 号				電 話 番 号			
保険	保険者名称				保険者名称			
	記 号 ・ 番 号				記 号 ・ 番 号			
その他の事項					その他の事項			

添付書類 ①医療受給者証 ②変更内容が確認できる書類 ③届出者、受診者の個人番号の確認書類の写し(個人番号カード又は住民票のいずれか) ④届出者の身元確認書類の写し
ただし、④については③で個人番号カードの写しを添付した場合は不要です。

注 1 医療受給者証に記載された保護者又は成年患者(18歳以上の受診者)が届出を行ってください。

2 保険を変更した場合は、併せて高額療養費の所得区分照会に必要な書類を添付してください。

(裏)

		変更前		変更後	
医療費支給認定基準世帯員（受診者が加入する医療保険の被保険者）	1	氏 名		氏 名	
		個 人 番 号		個 人 番 号	
		住 所		住 所	
		受診者との続柄		受診者との続柄	
		生 年 月 日		生 年 月 日	
	2	氏 名		氏 名	
		個 人 番 号		個 人 番 号	
		住 所		住 所	
		受診者との続柄		受診者との続柄	
		生 年 月 日		生 年 月 日	
	3	氏 名		氏 名	
		個 人 番 号		個 人 番 号	
		住 所		住 所	
		受診者との続柄		受診者との続柄	
		生 年 月 日		生 年 月 日	
	4	氏 名		氏 名	
		個 人 番 号		個 人 番 号	
		住 所		住 所	
		受診者との続柄		受診者との続柄	
		生 年 月 日		生 年 月 日	
	5	氏 名		氏 名	
		個 人 番 号		個 人 番 号	
		住 所		住 所	
		受診者との続柄		受診者との続柄	
		生 年 月 日		生 年 月 日	
	6	氏 名		氏 名	
		個 人 番 号		個 人 番 号	
		住 所		住 所	
受診者との続柄			受診者との続柄		
生 年 月 日			生 年 月 日		
7	氏 名		氏 名		
	個 人 番 号		個 人 番 号		
	住 所		住 所		
	受診者との続柄		受診者との続柄		
	生 年 月 日		生 年 月 日		

注 保険変更などにより被保険者（医療費支給認定基準世帯員）が変更・追加となった場合に記入してください。新たな被保険者については、個人番号の確認書類の写しを添付してください。