

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書

年 月 日

(あて先)

川口市長

申請者 所在地 〒

フリガナ

氏 名

.....(自署又は記名押印).....<sup>㊟</sup>

電話番号

受診者との続柄

児童福祉法施行規則第 7 条の 2 7 第 1 項の規定により、支給認定に係る事項を下記のとおり変更したいので申請します。

記

公費負担者番号									フリガナ			
受給者番号									受診者氏名			
居住地		〒							生年月日			
									性別			
小児慢性特定疾病医療機関	変更前	名称								変更後	名称	
		所在地									所在地	
		名称									名称	
	変更後	所在地								所在地		
		名称								名称		
		所在地								所在地		
負担上限月額及び負担上限月額に関する事項		事項										
		理由										
支給認定に係る小児慢性特定疾病の名称		名称										
		理由										

注 1 医療機関を追加する場合には、変更後の方だけ記入してください。

- 注 2 添付書類 1 医療受給者証  
2 変更内容が確認できる書類