

(表面)
小児慢性特定疾病医療費支給認定申請事項変更届出書

年 月 日

(あて先)

川口市長

届出者 居住地 〒
 (注1) フリガナ
 氏 名 (自署又は記名)
 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ましたので届け出ます。

公費負担者番号										フリガナ	
受給者番号										受診者氏名	
										個人番号	

		変更前		変更後	
受診者	氏名			氏名	
	居住地			居住地	
	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)	()
	居住地			居住地	
	個人番号			個人番号	
	電話番号			電話番号	
保険 <small>(注2)</small>	保険者名称			保険者名称	
	記号・番号			記号・番号	
受診を希望する医療機関 <small>(注3)</small>	名称			名称	
	所在地			所在地	
負担上限月額算定のために必要な事項					

添付書類：①医療受給者証 ②変更内容が確認できる書類（保険証の写し等） ③届出者、受診者の個人番号の確認書類の写し（マイナンバーカード、通知カード、住民票のいずれか） ④届出者の身元確認書類の写し（保険証等） 但し、④については③でマイナンバーカードの写しを添付した場合は不要。

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。

注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。

注3 医療機関については、受診中の指定医療機関の名称や所在地が変更された場合に届け出てください。

(裏面に続く)

(裏面)

		変更前		変更後	
1	氏名			氏名	
	個人番号			個人番号	
	居住地			居住地	
	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	
	居住地			居住地	
	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	
	居住地			居住地	
	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	
	居住地			居住地	
	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	
	居住地			居住地	
	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	
	居住地			居住地	
	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	
	居住地			居住地	
	受診者との続柄			受診者との続柄	
	生年月日			生年月日	

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）（注4）

注4 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も必要です。