小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

<table>
<tr><td rowspan="5">受診者</td><td colspan="2">受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="4"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td colspan="4"></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">個人番号</td><td colspan="4"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">住　所</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">保護者※</td><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="4"></td><td rowspan="2">受診者との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">個人番号</td><td colspan="4"></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">住　所
（受給者と異なる場合にのみ記入）</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">変更する事項に☑</td><td colspan="2">変更する事項</td><td colspan="3">変更前</td><td colspan="2">変更後</td><td>変更年月日</td></tr>
<tr><td>□</td><td>受診者に関する事項
（氏名・住所・個人番号等）</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>□</td><td>保護者に関する事項
（氏名・住所・個人番号等）</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>□</td><td>医療保険証に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者等）</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>□</td><td>その他の事項
（　　）</td><td colspan="3"></td><td colspan="2"></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">備　考</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

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。

年　　月　　日

届出者　　氏　名

（宛先）長野市長

※１　小児慢性特定疾病医療受給者証及び変更する事項を証する書類を添付してください。

※２　指定医療機関、月額自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器等装着・高額治療継続者・重症認定・世帯内按分特例）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）により申請してください。

※3　受診者が18歳以上の場合は、保護者欄が空欄になります。