小児慢性特定疾病医療費支給認定申請内容変更届

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 | ふりがな |  | 生　年　月　日 |
| 氏名 |  | 　　年　 　月　　 日 |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 　　　 | 電　話番　号 |  |
| 保護者 | ふりがな |  | 続　柄 |
| 氏名 |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 　　　　 | 電　話番　号 |  |
| 受給者番号 |  |
| 受給者証の有効期間 | 　　 年　　 月　　 日 から 　　 年　　 月　　 日まで |
| 変　　更　　内　　容 | 変更年月日 | 　　 年　　 月　　 日 |
| 変更事項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 保護者に関する事項（氏名・居住地・電話番号・続柄） |  |  |
| 受診者に関する事項（氏名・居住地・電話番号） |  |  |
| 加入医療保険に関する事項（記号・番号・保険者名・受診者と同一世帯の加入者） |  |  |
| 医療支援負担上限月額に関する事項 |  |  |
| 備考 |  |
| 　（宛先）旭川市長　　　年　　月　　日　　小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書に記載した事項に変更があったので，届け出ます。　　届出者氏名　　　　　　　　　　　　　 |

番号確認書類　　　□番号通知カード　/　マイナンバーカード

身元確認書類　　　□運転免許証　/　その他（　　　　　，　　　　　）

代理権確認書類　　□健康保険の資格確認書等　/　委任状　/　その他（　　　　　）