

小児慢性特定疾病医療費支給認定記載事項変更届

公費負担者番号											受診者 氏名	
受給者番号												

下欄は、変更があった事項のみ記入してください。

変更事項	フリガナ											変更年月日						
	氏名													年	月	日		
	個人番号											年	月	日				
	住所 〒											年	月	日				
	電話											年	月	日				
	保険	種別	協会・船員・日雇・組合・共済・国保 国保組合・生保						本人・家族				年		月		日	
		記号		番号		保険者番号												
	世帯構成							所得階層区分					年	月	日			
	月額負担上限額の特例		<input type="checkbox"/> 重症申請 <input type="checkbox"/> 人口呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 世帯内按分											年	月	日		
	受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病若しくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者																	
氏名						難病・小慢		受給者番号										
氏名						難病・小慢		受給者番号										
受診医療機関	名称											年		月		日		
	所在地																	
	名称											年		月		日		
	所在地																	
申請者	フリガナ						受診者との続柄					年		月		日		
	氏名																	
	個人番号											年		月		日		
	住所						<small>受診者と異なる場合は下欄に記入してください。</small>											電話番号
〒																		

上記のとおり変更しましたので、必要書類を添えて届け出ます。また、この申請に必要な場合は医療意見書に関する医療情報、受診者及び受診者と同一医療保険上の世帯員の住民記録情報、税情報、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、公的年金等の収入額（世帯員分を含む）を確認することに同意します。

年 月 日 申請者氏名

(宛先) 板橋区長

身元確認 個人番号カード 運転免許証 旅券 在留カード その他 _____

個人番号確認 個人番号カード 通知カード 住民票の写し その他 _____