様式第1号の7（第１条の３関係）

小児慢性特定疾病医療費支給認定記載事項等変更届

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

下欄は、変更があった事項を記入してください。

変更事項					変更年月日
フリガナ					年　月　日
氏名					
個人番号					年　月　日
住所	〒				年　月　日
保険	名称			本人・家族	年　月　日
	保険者番号		所得階層区分		
	記号		番号		
	（被用者保険加入で非課税の方及び国保組合の方は必須）　小児慢性特定疾病医療支援に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、板橋区が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。				同意する □
世帯構成	（別紙世帯調書のとおり）				年　月　日
月額負担上限額の特例	□重症申請　□人工呼吸器等装着　□高額かつ長期				年　月　日
	□世帯内按分	受給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			
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	受診者と異なる場合は下欄に記入してください。		電話番号	年　月　日
		〒			

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。なお、この申請に必要な場合は医療意見書に関する医療情報及び記載内容、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。

（宛先）　板橋区長　　年　月　日

申請者氏名　　（連絡先）

身元確認	個人番号確認
□個人番号カード	□個人番号カード
□運転免許証　□旅券	□通知カード
□在留カード	□住民票の写し
□その他（　　）	□その他（　　）