

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受診者	ふりがな		年齢	歳	生年月日			
	氏名				平成	年	月	日
	個人番号				令和			
	ふりがな							
	住所	〒						

保護者	ふりがな		受診者との関係
	氏名		
	個人番号		
	ふりがな		
	住所 (児童と異なる場合に記入)		

受給者番号	
-------	--

変更のある事項に	事項	変更前	変更後
	<input type="checkbox"/> 児童に関する事項 (氏名・住所・生年月日等)		
	<input type="checkbox"/> 保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・保険者所在地・受診者と同一の加入者等)		
	<input type="checkbox"/> その他の事項		

備考	
----	--

・加入医療保険の変更の場合、以下について同意する場合はをつけてください。
同意されない場合、加入医療保険の情報が分かるもの(資格確認書や資格情報のお知らせ等の写し)や、課税証明書の提出が必要になります。

<input type="checkbox"/>	私は届け出にあたり、盛岡市が私及び世帯員の市町村民税情報及び加入医療保険の資格情報、公的年金や特別児童扶養手当の受給状況、盛岡市外に在住している申請者の住民基本台帳に関する情報について調査・閲覧することに同意します。
--------------------------	--

私は、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、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名

令和 年 月 日

盛岡市長 様

※ 指定医療機関、自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・重症患者認定)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)に記載し申請すること。