

第1号様式の7(第2条の3関係)

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請内容変更届出書

年 月 日

越谷市長 宛

申請者 居住地 〒

フリガナ

氏 名

個人番号

電話番号

受診者との続柄

児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により、支給認定に係る申請内容を変更しましたので次のとおり届け出ます。

公費負担者番号								フリガナ	
受給者番号								受診者氏名	
								個人番号	

		変更前		変更後		
受診者	氏 名			氏 名		
	居 住 地			居 住 地		
	個 人 番 号			個 人 番 号		
	生 年 月 日			生 年 月 日		
保護者	氏 名 (続柄)	()		氏 名 (続柄)	()	
	居 住 地			居 住 地		
	個 人 番 号			個 人 番 号		
	電 話 番 号			電 話 番 号		
保険	保 険 者 名 称			保 険 者 名 称		
	記号・番号			記号・番号		
医療機関	名 称			名 称		
	所 在 地			所 在 地		
負担上限月額 算定のために必要事項						

		変更前		変更後	
医療費支給認定基準世帯員	1	氏名		氏名	
		個人番号		個人番号	
		居住地		居住地	
		受診者との続柄		受診者との続柄	
		生年月日		生年月日	
	2	氏名		氏名	
		個人番号		個人番号	
		居住地		居住地	
		受診者との続柄		受診者との続柄	
		生年月日		生年月日	
	3	氏名		氏名	
		個人番号		個人番号	
		居住地		居住地	
		受診者との続柄		受診者との続柄	
		生年月日		生年月日	
	4	氏名		氏名	
		個人番号		個人番号	
		居住地		居住地	
		受診者との続柄		受診者との続柄	
		生年月日		生年月日	
5	氏名		氏名		
	個人番号		個人番号		
	居住地		居住地		
	受診者との続柄		受診者との続柄		
	生年月日		生年月日		
6	氏名		氏名		
	個人番号		個人番号		
	居住地		居住地		
	受診者との続柄		受診者との続柄		
	生年月日		生年月日		
7	氏名		氏名		
	個人番号		個人番号		
	居住地		居住地		
	受診者との続柄		受診者との続柄		
	生年月日		生年月日		

注1 医療受給者証及び変更内容が確認できる書類(保険証、住民票等)を添付してください。

2 保険を変更した場合は、併せて高額療養費の所得区分照会に必要な書類を添付してください。

また、被保険者が変更された場合は被保険者の市町村民税課税非課税証明書も必要です。

3 医療機関については、受診している指定医療機関の名称や所在地が変更された場合に届け出てください。