

(別紙様式第5号)

太枠内をご記入ください。

受診者が18歳以上（成年患者）の場合、届出者は受診者本人となります。受診者本人による届出が難しく、ご家族等が届出者となる場合、委任欄をご記入ください。

小児慢性特定疾病医療受給者証記載事項変更届				
受給者番号				
受診者 (対象患者)	フリガナ		生年月日	現在年齢
	氏名		年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)			
	住所	〒 -		
届出者※	フリガナ		受診者との続柄	
	氏名		電話番号	
	個人番号 (マイナンバー)			
変更する事項		変更前		変更後
変更する事項に <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 児童に関する事項 (氏名・住所等)			
	<input type="checkbox"/> 保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)			
	<input type="checkbox"/> 加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者等)			
	<input type="checkbox"/> その他の事項			
備考				
上記のとおり、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届け出ます。				
年 月 日				
届出者氏名				
保健所長 殿				

※受診者本人と異なる場合に記入。なお、受診者本人の場合は本人とする。

- 注) 1 自己負担上限月額（所得区分、人工呼吸器等装着者、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、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（変更）に記載し、申請してください。
- 2 医療受給者証、住民票、医療保険の資格情報が確認できる資料等必要な添付書類もあわせてご提出ください。

(委任欄) 受診者本人（18歳以上の成人患者に限る）による申請が難しい場合、ご記入ください。

保健所長 殿	保健所収受印欄
受任者 氏名 _____ 年 月 日生	
住所 _____ 委任者との続柄 _____	
私は、本届出の権限を上記の者に委任します。	
委任者（受診者） 氏名 _____	