

受診者	フリガナ		受給者番号								
	氏名										
変更内容	☐ 受診者に関する事項（氏名・住所等） ☐ 保護者に関する事項（氏名・住所・電話番号等） ☐ 医療保険に関すること（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） ☐ その他 （疾病の追加・変更、自己負担上限月額の変更（階層区分の変更並びに重症患者等区分及び按分特例の変更については、別紙様式第6号「小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更申請書」により申請すること。）										
	変更前	☐ 受給者証の写しのとおり									
	変更後										
変更年月日		令和 年 月 日									
備考											
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。 届出受理後、必要に応じて私又は私が属する世帯の世帯員の市民税の課税額等、生活保護の受給状況、医療保険加入状況及び住民票を、広島市が所有する個人情報により調査・確認されること、又は照会し、照会先機関が回答することに同意します。 また、小児慢性特定疾病医療費の給付を受けるにあたり必要がある時は、私（または受診者）の医療保険上の区分につき、広島市が私（または受診者）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。 なお、これらを調査・確認されることについては、私の属する世帯員の同意を得ています。 なお、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことに同意します。 令和 年 月 日 〒 申請者住所 広島市 電話（ フリガナ 申請者氏名 広島市長様 （※日中連絡が取れる番号） （受診者との続柄：）											