

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更申請書

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|---------|--|--|--|--|--|
| 受診者 | フリガナ | | 受給者 番号 | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| 保護者 | フリガナ | | 続柄 | 受診者の() | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | |
| 変更内容 | <input type="checkbox"/> 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・高額かつ長期及び按分特例) | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 支給認定に係る小児慢性特定疾病の名称の変更もしくは追加 | | | | | | | | |
| | 年 月 日 | | <input type="checkbox"/> ①又は②のいずれか遅い日を記入 <input type="checkbox"/> ① 医療意見書の「診断年月日」 <input type="checkbox"/> ② 小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請日から原則1か月(指定医が診断書の作成に期間を要した等理由がある場合は最長3か月)前の日 | | | | | | |
| | ※ 上記年月日が申請日から1か月以上前の年月日となる場合のみ記入 <input type="checkbox"/> 医療意見書の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したことにより、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | |
| | (上記以外の変更に関しては、別紙様式第5号「小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届」により届け出ること。) | | | | | | | | |
| 変更前 | <input type="checkbox"/> 受給者証の写しのとおり | | | | | | | | |
| 変更後 | | | | | | | | | |
| 変更理由(具体的に記入してください) | | | | | | | | | |
| <p>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、上記のとおり申請します。</p> <p>申請受付後、自己負担額の決定にあたって、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 -</p> <p>申請者住所 広島市</p> <p>電話 (- -) (※日中連絡が取れる番号)</p> <p>フリガナ</p> <p>申請者氏名 (受診者との続柄:)</p> | | | | | | | | | |
| 広島市長様 | | | | | | | | | |