

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	ふりがな		受給者番号						
	氏名								
保護者	ふりがな		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"/> 受療を希望する指定医療機関の変更 <input type="checkbox"/> 受療を希望する指定医療機関の追加 <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 （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								
	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。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または生活保護の受給状況を市民税課税資料等で調査・確認されることについて同意します。また、私が属する世帯の世帯員の住民票を住民基本台帳等で調査・確認されることについて同意します。</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承諾を得ています。</p> <p>令和 年 月 日 〒 - 申請者住所 広島市 電話（ - - ）（※日中連絡が取れる番号）</p> <p>フリガナ 申請者氏名 _____ 印 （受診者との続柄： _____） （記名押印又は自署による署名のいずれかとすること）</p> <p>広島市長様</p>									