

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受診者	フリナガ		受給者号								
	氏名										
変更内容	<input type="checkbox"/> 受診者に関する事項（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"/> 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） <input type="checkbox"/> 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										
	変更後										
変更年月日		令和	年	月	日						
備考											
<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、上記のとおり届け出ます。</p> <p>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・確認されること及び、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>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                  〒 _____                  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 _____（受診者との続柄： _____）</p> <p>広島市長様</p>											