

様式第6号(第6条関係)
太枠内をご記入ください。

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届				
受給者番号				
受診者	ふりがな		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	個人番号		現在年齢	
	住所	〒 -		
保護者※	ふりがな		受診者との 続柄	
	氏名			電話番号
	個人番号			
変更する事項		変更前	変更後	
変更する事項に☑	<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"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者 と同一の加入者等)		
	<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分		
	<input type="checkbox"/>	その他の事項		
備考				
<p>上記のとおり、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書(新規・更新・変更)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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">(宛先)松本市長</p>				

※「保護者」の欄は、受診者が満18歳未満の場合ご記入ください。
 注)1 医療受給者証、被保険者証の写し等必要な添付書類も併せて提出してください。
 2 指定医療機関、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兼同意書(変更)に記載し、申請してください。

松本市受付印欄