

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届出書			
受診者	フリガナ		生年月日 年 月 日
	氏 名		
	個人番号		
	住 所		
保護者	フリガナ		受診者との続柄
	氏 名		
	個人番号		電話番号 () —
	住 所 (受診者と異なる場合に記入してください。)		
受給者番号			
事 項		変 更 前	変 更 後
受診者に関する事項 (氏名・住所・生年月日等)			
保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)			
被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名称・受診者同一の加入者等)			
その他の事項			
備 考			
<p>私は、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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名</p> <p>(宛先) 金沢市長</p>			

備考

- 1 変更のあった事項のみ記入してください。
- 2 指定小児慢性特定疾病医療機関、自己負担上限月額及び小児慢性特定疾病の名称の変更については、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(変更)に記入し申請してください。

確認	番号	個人 通知 住民 端末 ()	代理	法定 戸籍 本人 委任	備考
	本人	個人 免許 手帳 在留 旅券 住基B 保険 介護 年金 その他 ()			