

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 (対象児)	受給者番号								生年月日	平成	年	月	日
	フリガナ									令和	(歳)		
	氏名												
	住所	〒 - 岡山市 区											
申請者 (保護者)	フリガナ								受診者との続柄	父・母 その他()			
	氏名												
	住所	〒 - 岡山市 区 <input type="checkbox"/> 受診者に同じ(✓を付けた場合、記入不要)											
	電話番号	- -											
変更のある事項に <input checked="" type="checkbox"/>	事項	変更前				変更後							
	<input type="checkbox"/> 受診者 (氏名・住所等)	<input type="checkbox"/> 受給者証に同じ				<input type="checkbox"/> コピーのとおり							
	<input type="checkbox"/> 申請者 (氏名・住所等)	<input type="checkbox"/> 受給者証に同じ				<input type="checkbox"/> コピーのとおり							
	<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 受給者証に同じ				<input type="checkbox"/> コピーのとおり		被保険者氏名		受診者との続柄 ()			
<input type="checkbox"/> その他の事項													
変更年月日		年 月 日											
<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。届出後、岡山市が、私及び世帯員の個人市民税課税状況、医療保険加入状況、特別児童手当等について閲覧、又は照会し、照会先機関が回答することに同意します。また、個人番号が不明な場合や番号確認・身元確認の書類の持参が無かった場合等は、住民基本台帳に基づき、岡山市にて照会することに同意します。なお、このことについては、世帯員全員の同意を得ています。</p> <p>岡山市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名 _____</p>													

《注意事項》

- ※1 届出に当たっては、受給者証の写しを添付してください。
- ※2 変更後の情報がわかる資料を添付してください。
- ※3 加入保険の変更により①被保険者の変更 ②加入保険が国保以外から国保へ変更 ③加入保険が国保から国保以外へ変更
に該当する場合は、支給認定基準世帯が変わり、自己負担上限月額が変更となる可能性があるため、支給認定申請書(変更)も併せて申請してください。

保健所記入欄	確認事項	<input type="checkbox"/> 受給者証修正	<input type="checkbox"/> データ入力	特記事項	<input type="checkbox"/> 特記なし	<input type="checkbox"/> 自己負担変更あり	保健所受理日		
	備考							適用区分	
								照会日	区分