≪岡山市様式≫

# 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・令和　年　月　日 | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒　－<br>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 | | | | | | | | | | | | | |
| | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒　－<br>岡山市　　区<br>※受診者と同様の場合は**記入不要** | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号 | （　　）　　－ | | | | | | | | | | | | |

| 変更事項 | 事項（変更のある事項に☑） | 変更前（「受給者証に同じ」には☑を入れてください） | 変更後（「コピーのとおり」には☑を入れてください） |
|---|---|---|---|
| | □ 受診者（氏名・住所等） | □ 受給者証に同じ（☑のみ。この欄の記入は不要） | |
| | □ 申請者（氏名・住所等） | □ 受給者証に同じ（☑のみ。この欄の記入は不要） | |
| | □ 被保険者証 | □ 受給者証に同じ（☑のみ。この欄の記入は不要） | □ コピーのとおり（☑のみ。この欄の記入は不要） |
| | | 被保険者氏名 | 被保険者氏名 |
| | | 受診者との続柄（　） | 受診者との続柄（　） |
| | | 受診者と同一保険に加入している者（国保のみ記入） | 受診者と同一保険に加入している者（国保のみ記入） |
| | | 氏名　受診者との続柄（　） | 氏名　受診者との続柄（　） |
| | | 氏名　受診者との続柄（　） | 氏名　受診者との続柄（　） |
| | | 氏名　受診者との続柄（　） | 氏名　受診者との続柄（　） |
| | | 氏名　受診者との続柄（　） | 氏名　受診者との続柄（　） |
| | | 氏名　受診者との続柄（　） | 氏名　受診者との続柄（　） |

| | |
|---|---|
| 変更年月日 | 年　月　日 |
| 変更理由 | |

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。

岡山市長　様

年　月　日

届出者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

≪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　氏名・住所の変更の場合は、**変更後の情報がわかる資料**を添付してください。

※3　加入保険の変更の場合は**保険証の写し**を添付してください。
なお、**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 | □受給者証修正 | □データ入力 | 特記事項 | □特記なし | □自己負担変更あり |
|---|---|---|---|---|---|---|