

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	ふりがな				年 齢	歳	生 年 月 日		
	氏 名						年 月 日		
	個人番号								
	ふりがな				電 話 番 号				
	住 所								
保 護 者	ふりがな				電 話 番 号				
	氏 名								
	個人番号								
者	ふりがな				受診者 との関 係				
	住 所 (児童と異なる場合に記入)								
受 給 者 番 号									
変 更 の あ る 事 項 に ☒	事 項		変 更 前			変 更 後			
	☐	児童に関する事項 (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)							
	☐	加入医療保険に関する事項 (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) ※マイナンバーの記載が必要な場合 は 裏面を記入							
	☐	医療保険の適用区分							
	☐	その他の事項							
備 考									
豊田市保健所長 様 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。 また、支給認定基準世帯員に変更がある場合は、費用の徴収額を算定するため、支給認定基準世帯員の市民税、医療保険の加入状況等に係る公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）の閲覧に関し、所定の申請権限を豊田市保健所長へ委任します。 届出者氏名 _____ _____ 年 月 日									

※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・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、支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。

(裏)
世帯調書

記入上の注意
同じ医療保険に加入している世帯員（本人含む。）について記載してください。

支給認定基準世帯員	氏名	受診者との続柄	生年月日	被保険者本人・被扶養者の別 (国保は記入不要)	税額
	個人番号				
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
			年 月 日	被保険者・被扶養者	
	合計				

保健所記入欄

所得確認書類	市県民税証明書 市県民税課税台帳 その他収入を証明する書類（ ）			
該当する所得区分	生活保護(01) ・ 低所得Ⅰ(02) ・ 低所得Ⅱ(03) ・ 一般所得Ⅰ(04) ・ 一般所得Ⅱ(05) ・ 上位所得(06) ・ 血友病(07)			
自己負担上限額の特例 (該当するものに☑)	☐	世 帯 内 按 分 特 例	☐	重 症 患 者 認 定
	☐	高 額 か つ 長 期	☐	人 工 呼 吸 器 等 装 着
備考				自己負担額