

様式第3 (第1条関係)

(表)
支給認定患者の氏名等の変更届

年 月 日

愛知県知事 殿

届出者 氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第13条第2項の規定により関係書類を添えて届け出ます。

受給者番号										
患者	フリガナ					年齢	歳	生年月日		
	氏名							年 月 日		
	フリガナ									
	居住地									
	電話番号									
保護者	フリガナ					患者との続柄				
	氏名									
	フリガナ									
	居住地									
	電話番号									

受付欄 (保健所記入)	階層区分 <small>(該当階層にチェック)</small>	保健所受付印	経由印	本庁受付印
	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得			

(裏)

変更事項		変更前	変更後
<input type="checkbox"/>	患者に関する事項 (氏名・居住地・個人番号・ 電話番号)		
<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・居住地・個人番号・ 電話番号・患者との続柄)		
<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 保険者所在地)		
<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分		
<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員に 関する情報 (氏名・個人番号)		
備 考			

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。