

別記様式第7号

| 小 児 慢 性 特 定 疾 病 医 療 受 給 者 証 等 記 載 事 項 変 更 届                                 |                          |                                                          |       |  |         |   |         |  |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|-------|--|---------|---|---------|--|
| 受<br>診<br>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                     |                                                          |       |  |         |   |         |  |
|                                                                             | 住 所                      |                                                          |       |  |         |   |         |  |
| 保<br>護<br>者                                                                 | ふりがな                     |                                                          |       |  | 受診者との関係 |   |         |  |
|                                                                             | 氏 名                      |                                                          |       |  |         |   |         |  |
|                                                                             | 個人番号                     |                                                          |       |  |         |   |         |  |
|                                                                             | ふりがな                     |                                                          |       |  |         |   |         |  |
|                                                                             | 住 所<br>(児童と異なる場合に記入)     |                                                          |       |  |         |   |         |  |
| 受 給 者 番 号                                                                   |                          |                                                          |       |  |         |   |         |  |
| 変<br>更<br>の<br>あ<br>る<br>事<br>項<br>に<br><input checked="" type="checkbox"/> | 事 項                      |                                                          | 変 更 前 |  | 変 更 後   |   |         |  |
|                                                                             | <input type="checkbox"/> | 児童に関する事項<br>(氏名・住所・生年月日等)                                |       |  |         |   |         |  |
|                                                                             | <input type="checkbox"/> | 保護者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号等)                               |       |  |         |   |         |  |
|                                                                             | <input type="checkbox"/> | 加入医療保険に関する事項<br>(記号及び番号・保険者名・保<br>険者所在地・受診者と同一の加<br>入者等) |       |  |         |   |         |  |
|                                                                             | <input type="checkbox"/> | 医療保険の適用区分                                                |       |  |         |   |         |  |
|                                                                             | <input type="checkbox"/> | その他の事項                                                   |       |  |         |   |         |  |
| 備 考                                                                         |                          |                                                          |       |  |         |   |         |  |
| 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。           |                          |                                                          |       |  |         |   |         |  |
| 届出者氏名                                                                       |                          |                                                          |       |  |         |   |         |  |
| 年 月 日                                                                       |                          |                                                          |       |  |         |   |         |  |
| 新潟市長 様                                                                      |                          |                                                          |       |  |         |   |         |  |

※ 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。