

小児慢性特定疾病医療費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					
保 護 者	ふりがな				受診者との 関係	生 年 月 日
	氏 名					年 月 日
	個人番号					
	ふりがな					
	住 所	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ				
受 給 者 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"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所等)	<input type="checkbox"/> 受診者に同じ			
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号等)	<input type="checkbox"/> 保護者に同じ			
	<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・ 受診者と同一の加入者等)	<input type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり			
	<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分				
<input type="checkbox"/>	その他の事項					
備 考						
<p>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費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。 なお、この申請に必要な場合は、世帯の住民登録状況、市民税の課税状況等について、京都市が調査・閲覧することに同意します。これらを調査・閲覧されることについては、世帯員の承諾を得ています。</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(宛先) 京都市長</p>						

※1 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
 ※2 受診者が未成年又は被成年後見人等でない場合、保護者欄は空白にし、受診者との関係は本人と記載すること。
 ※3 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。