様式第２号（用紙　日本工業規格Ａ４縦型）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |

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 | | フリガナ | |  | | | | 年齢 | | 生　年　月　日 | | |
| 氏名 | |  | | | | 歳 | | 年　　 月 　　日 | | |
| 住所 | | 〒　　　**－** | | | | | | 個　人　番　号 | | |
| □変更なし | | |
| 届出者  (保護者等) | | フリガナ | |  | | | | | | | | 受診者との関係 |
| 氏名 | |  | | | | | | | |  |
| 住所 | | 〒　　　－　　　□受診者と同じ（記載省略可） | | | | | | 個　人　番　号 | | |
| □変更なし | | |
| （希望者のみ）  書類別送先 | | 〒　　　－  ※原則申請者宛送付（申請者以外の場合宛名：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。 | 受　診　者 | □ | フリガナ | |  | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | |
| □ | 住所 | | 〒　　　**－** | | | | | | | |
| 保　護　者　等 | □ | フリガナ | |  | | | | | □ | 受診者との関係 | |
| 氏名 | |  | | | | |  | |
| □ | 住所 | | 〒　　　**－** | | | | | | | |
| □ | 自宅電話番号 | | ―　　　― | | □ | | 携帯電話番号 | | ―　　　― | |
| 加入医療保険 | □ | 保険者名（称） | |  | | | | | | | |
| □ | 記号・番号 | |  | | □ | | 保険種別 | | 国保(国保組合)  組合 ・ 協会・ 共済  その他（　　　　　） | |
| 支給認定  基準世帯員 | □ | 追加・削除 | | 氏名 |  | | | | | | |
| □ | 追加・削除 | | 氏名 |  | | | | | | |
| □ | 追加・削除 | | 氏名 |  | | | | | | |
| □ | 追加・削除 | | 氏名 |  | | | | | | |
| 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。  なお、この届け出の確認に必要な場合は、浜松市において、市民税等に関する課税資料、医療保険上の所得区分情報（国保組合を除く）、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給状況を確認されることに同意します。  　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（あて先）浜松市長 | | | | | | | | | | | | |

注　変更のない事項については、記入は不要です。