

小児慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）等記載事項変更届出書					
受 診 者	フリガナ		年 齢	歳	生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	個人番号				
	フリガナ				
	住 所				
医 療 費 支 給 認 定 保 護 者	フリガナ		受診者との続柄		
	氏 名				
	個人番号				
	フリガナ				
	住 所 <small>(受診者と異なる場合に記入)</small>				
受給者番号					
変 更 の あ る 事 項 に	事 項		変 更 前		変 更 後
	<input type="checkbox"/>	児童に関する事項 <small>(氏名・性別・住所等)</small>			
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 <small>(氏名・住所・電話番号等)</small>			
	<input type="checkbox"/>	被保険者等に関する事項 <small>(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)</small>			
	<input checked="" type="checkbox"/>	医療保険の適用区分			
<input type="checkbox"/>	医療支援負担上限 月額算定のため に必要な事項				
備 考					
小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼小児慢性特定疾病登録者証交付申請書（新規・更新・変更）及び児童慢性特定疾病医療受給者証（兼登録者証）の記載事項に変更があったので届け出ます。					
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">（宛先）高松市長</p>					

※ 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）に記載し申請してください。