

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	ふりがな		年 齢	生 年 月 日
	氏 名		歳	年 月 日
	住 所			
	個 人 番 号			
保 護 者	ふりがな		受診者 との続柄	
	氏 名			
	住 所 (児童等と異なる場合に記入)			
	個 人 番 号			
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"/>	児童等に関する事項 (氏名・住所等)		
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・住所等)		
	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名等) <small>※受診者の被保険者証の写しが必要</small>		
	<input type="checkbox"/>	その他の事項		
<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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 届出者氏名(自署)</p> <p style="text-align: right;">北九州市長 様</p>				

※ 指定医療機関、自己負担上限額(所得区分・人工呼吸器等装着・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。

区役所受付 印

【区役所記入欄】		
子ども家庭局あて送付してよろしいか。		
令和 年 月 日		
担 当	係 長	課 長
進達 令和 年 月 日		
<input type="checkbox"/> システム入力		

【本庁記入欄】			
変更後の受給者証を交付してよろしいか。			
令和 年 月 日			
担 当	係 長	主 幹	課 長
<input type="checkbox"/> 世帯変更等の自己負担額の変更確認			