

小児慢性特定疾病医療費受給者証記載事項等変更届

受診者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
	氏 名						
	個人番号						
	フリガナ						
	住 所	(郵便番号) (電話番号)					
受診者の保護者	フリガナ		受診者との続柄				
	氏 名						
	個人番号						
	フリガナ						
	住 所 (受診者と同じ場合は記入不要)	(郵便番号) (電話番号)					
受給者番号							
変更事項		変 更 前			変 更 後		
<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名、住所及び電話番号)						
<input type="checkbox"/>	受診者の保護者に関する事項 (氏名、住所及び電話番号)						
<input type="checkbox"/>	被保険者証等に関する事項 (種別、記号及び番号、保険者の名称並びに受診者と同一の医療保険に加入している者)						
<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分						
<input type="checkbox"/>	その他	1 治癒 2 死亡 3 その他 ()					
変 更 年 月 日		年 月 日					
<p>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受給者証の記載事項に変更があったので、児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">届出者 (受診者の保護者) 住 所 氏 名 (記名押印又は署名)</p> <p>山形県知事 殿</p>							

備考 1 変更がある事項の□にレ印を記入し、変更の内容を記入すること。
 2 「性別」の欄及び「変更事項」の欄中「その他」については、該当するものを○で囲むこと。