

小児慢性特定疾病支給認定変更申請書兼届出書

受給者番号					
受診者	フリガナ			生年月日	
	氏名	年齢	歳	年	月 日
	フリガナ				
住所		〒 ー			

事項		変更後		変更年月日	添付書類 ※1	
<input type="checkbox"/>	受給者に関する事項 申請者(保護者)に関する事項 ※変更した項目のみ記載	住所	〒 ー		年 月 日	住民票 又は 公的機関が発行した住所が確認できる書類 (保険証、免許証等)
		氏名				
		TEL その他				
<input type="checkbox"/>	受給者の被保険者証等に関する事項 ※変更した項目のみ記載	記号及び番号			年 月 日	保険証の写し 認定世帯員()人分 同意書(様式5)
		保険者名				
<input checked="" type="checkbox"/>	受診を希望する医療機関・薬局・訪問看護事業者	指定確認	医療機関等名	所在地	変更事由	
		<input type="checkbox"/>			追加・中止	
		<input type="checkbox"/>			追加・中止	
		<input type="checkbox"/>			追加・中止	
		<input type="checkbox"/>			追加・中止	
<input type="checkbox"/>	階層区分に関する事項 ①生活保護 ②境界層該当 ③世帯按分※2 ④重症(高額かつ長期) ⑤住所の変更等による世帯員の変更に伴う変更 ⑥被保険者証等の変更に伴う変更	変更前	変更後	変更年月日	添付書類 ※1	
				年 月 日	①生活保護受給証明書 ②境界層該当証明書 ③同一医療保険に加入する世帯員の受給者証の写し	
					④ 医療費申告書(様式9) & 自己負担上限額管理票の写し(又は領収書や診療明細書) ⑤⑥ 所得課税証明書(非課税証明書) 認定世帯員()人分 その他所得に関する証明書	
<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分			年 月 日	限度額適用認定証	
<input type="checkbox"/>	疾病に関する事項 ①疾病追加 ②病名変更 ③人工呼吸器等 ④成長ホルモン ⑤重症(基準に該当)			年 月 日	①~⑤医療意見書	④成長ホルモン治療用意見書
					③人工呼吸器等装着者証明書(様式3)	⑤重症患者認定申告書(様式2)

申請した内容に変更があったため、上記のとおり届け出ます。

申請者 住所 連絡先 (電話番号) _____)
氏名 _____ ※3
受診者との続柄 [_____]

年 月 日

群馬県知事 あて

※1 添付した書類に丸を記入する。
※2 本申請における受診者が指定難病患者でもある場合も含む。
※3 日中連絡がしやすい電話番号等を記入してください。