

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		〇〇〇〇〇〇〇〇 ←小児慢性特定医療費医療受給者証に記載のある受給者番号を記入してください。				
受診者	フリガナ	グンマ タロウ		生年月日		
	氏名	群馬 太郎		年齢	〇〇歳	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1				
変更のある事項に	<input checked="" type="checkbox"/> 受給者に関する事項 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者(保護者)に関する事項 <small>※変更した項目のみ記載</small>	住所	〒△△△-△△△△ △△市△△町1-1-2		変更年月日 〇年〇月〇日	添付書類 ※1 <input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> 受給者の被保険者証等に関する事項 <small>※変更した項目のみ記載</small>	記号及び番号	△△△△-△△△△		変更年月日 〇年〇月〇日 <small>※変更日から一ヶ月以上経過している場合は届出日</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 保険証の写し <input checked="" type="checkbox"/> 認定世帯員(2)人分 同意書(様式5)
		保険者名	△△健康保険組合			
	<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"/>	△△病院	△△県△△市△△町1-2	追加・中止	
		<input type="checkbox"/>	△△薬局	△△県△△市△△町1-2	追加・中止	
		<input type="checkbox"/>			追加・中止	
		<input type="checkbox"/>			追加・中止	
<input checked="" type="checkbox"/> 階層区分に関する事項 <input type="checkbox"/> ①生活保護 <input type="checkbox"/> ②境界層該当 <input type="checkbox"/> ③世帯按分※2 <input type="checkbox"/> ④重症(高額かつ長期) <input type="checkbox"/> ⑤住所の変更等による世帯員の変更に伴う変更 <input checked="" type="checkbox"/> 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		
	10,000円	<input checked="" type="checkbox"/> ①に該当する場合は、変更年月日欄に生活保護開始日又は廃止日を記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> ②～⑥に該当する場合は、変更後欄及び変更年月日欄の記入は不要です。	年 月 日	<input type="checkbox"/> ①生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> ②境界層該当証明書 <input type="checkbox"/> ③同一医療保険に加入する世帯員の受給者証の写し	<input type="checkbox"/> 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) <input checked="" type="checkbox"/> ⑤⑥ 所得課税証明書(非課税証明書) 認定世帯員(1)人分 その他所得に関する証明書	
			年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用認定証		
<input checked="" type="checkbox"/> 医療保険の適用区分	ウ	エ	年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用認定証		
	<input checked="" type="checkbox"/> 疾病に関する事項 <input checked="" type="checkbox"/> ①疾病追加 <input type="checkbox"/> ②病名変更 <input type="checkbox"/> ③人工呼吸器等 <input type="checkbox"/> ④成長ホルモン <input type="checkbox"/> ⑤重症(基準に該当)	<input checked="" type="checkbox"/> ①・②に該当する場合は、医療意見書記載の疾病名等記入してください。 <input checked="" type="checkbox"/> ③～⑤に該当する場合は、該当番号を記入してください。 変更年月日欄は、保健福祉事務所に届け出た日を記入してください。		年 月 日	<input checked="" type="checkbox"/> ①～⑤医療意見書 <input type="checkbox"/> ③人工呼吸器等装着者証明書(様式3)	<input type="checkbox"/> ④成長ホルモン治療用意見書 <input type="checkbox"/> 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	△△市△△町1-1-2	連絡先	(電話番号△△△-△△△△-△△△△)		
	氏名	群馬 次郎	※3	受診者との続柄 [父]		
		令和〇〇年〇〇月〇〇日				
				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。