

記入例

受診者	受給者番号	1	2	3	4	5	6	7	
	ふりがな	おおつ たろう						性別	生年月日
	氏名	大津 太郎						男	令和〇年〇月〇日
	住所	〒520-0000 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号						連絡先 (電話)	075-000-0000
保護者	ふりがな	おおつ いちろう						受診者との 続柄	父
	氏名	大津 一郎							
	住所	〒520-0000 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号						連絡先 (電話)	075-000-0000
変更事項	変更する内容	変更前						変更後	
	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	〒520-000 大津市××町××番地××号 TEL 000 -0000-0000						〒520-0000 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号 TEL 000-0000-0000	
	<input checked="" type="checkbox"/> 保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)	〒520-000 大津市××町××番地××号 TEL 000 -0000-0000						〒520-0000 大津市〇〇町〇〇番地〇〇号 TEL 000 -0000-0000	
	<input type="checkbox"/> 保険者名								
	<input type="checkbox"/> 保険種別								
<input type="checkbox"/> 被保険者証の 記号・番号									
<input type="checkbox"/> 被保険者氏名 (受診者との続柄)									
変更年月日	令和〇年 〇月 〇日								
資格の喪失 (受給者証の返還)	返還理由						発生日		
私は、小児慢性特定疾病医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療支給認定申請書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。									
令和〇年 ×月 △日									
届出者 氏名 大津 花子									
(宛先) 大津市長									
保健所記入欄									

注1 変更事項欄は、該当する変更事項の□にレ印を記載してください。

注2 自己負担上限額（所得区分及び自己負担上限額の特例）及び指定医療機関の変更については、支給認定の変更を伴うため、小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書を提出してください。

注3 保健所記入欄には、記入しないでください。