

小児慢性特定疾病支給認定変更申請（届出）書

受給者番号											
受診者	フリガナ	個人番号						生年月日			
	氏名	※個人番号の記載により添付書類を省略する場合に記載ください。						年 月 日			

変更のある事項に <input checked="" type="checkbox"/>	事項		変更後										
	<input type="checkbox"/>	受診者氏名 ※戸籍抄本等・受給者証	フリガナ										
			氏名										
	<input type="checkbox"/>	受診者住所 ※住民票・受給者証	〒										
	<input type="checkbox"/>	保護者氏名・生年月日 ※戸籍抄本等・受給者証	フリガナ							※個人番号の記載により添付書類を省略する場合に記載ください。 生 年 月 日			
			氏名							年 月 日			
	<input type="checkbox"/>	保護者の個人番号 ※個人番号の確認及び身元確認に必要な書類等											
	<input type="checkbox"/>	保護者住所 ※住民票・受給者証	〒										
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 ※保険証の写し、同意書、受給者証	記号	番号			枝番		保険種別 1 社保本人 2 社保扶養 3 市町村国保 4 国保組合				
			保険者番号										
<input type="checkbox"/>	医療費支給認定基準世帯員 ※同一保険加入の世帯員を記載してください。 ①社会保険の場合：被保険者 ②国民健康保険(組合)：同一医療保険加入の世帯員 ※裏面にも記入できます。 ※保険証の写し、世帯の市町村民税の課税状況が確認できる資料、世帯全員の住民票(国民健康保険・国民健康保険組合の場合)	フリガナ	生年月日	受診者との続柄	個人番号(12桁)		市町村民税額(所得割)		申請年1月1日現在居住の市町村(現市町村と異なる場合)				
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
			年 月 日										
<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分 ※限度額認定証・受給者証												
<input type="checkbox"/>	自己負担上限月額	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 ※受給者証、医療費総額が5万円を超えた月が6回以上あったことを確認できる資料(受給者証の自己負担上限月額管理票の写し、指定医療機関が発行する領収書又は診療明細書) <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者 <input type="checkbox"/> 指定難病医療受給者 【受給者番号】 <input type="checkbox"/> 按分対象者の変更 (受診者以外の医療保険上の同一世帯員が小慢・難病に認定された場合等) ※受給者証、按分相手の受給者証のコピー 【氏名】 【受診者との続柄】 <input type="checkbox"/> 重症 ※重症患者認定申告書、医療意見書、受給者証 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 ※人工呼吸器等証明書、医療意見書、受給者証 <input type="checkbox"/> その他() ※医療保険変更に伴う自己負担上限月額変更等											
<input type="checkbox"/>	その他の事項												

- 1 変更となった事項が確認できる公的書類(戸籍謄本、住民票、保険証等)を添付してください。
- 2 小児慢性特定疾病受給者証(原本)を添えて提出してください。
- 3 保険変更の場合は、同意書を併せて提出してください。
- 4 住民票及び課税証明書は、個人番号により省略できる場合があります。詳細は、裏面を御確認ください。

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請事項に変更があったので、児童福祉法第19条の5第1項(又は児童福祉法施行規則第7条の9第3項)の規定により、上記のとおり申請(届出)します。

【マイナンバーに係る委任状】
 申請に際し、マイナンバーの利用・提供等の取扱いを、代理人(代理人氏名: _____)に委任します。

年 月 日
 住 所 (受診者と異なる場合のみ記入)
 〒

<届出者>

 氏 名 (受診者との続柄) _____
 連絡先 ☎ _____

熊 本 県 知 事 様

※保健所記入欄	保健所受付印	子未来受付印
<自己負担上限月額変更前> 区分 _____ 金額 _____ 円 <自己負担上限月額変更後> 区分 _____ 金額 _____ 円		
※自己負担上限月額の変更認定日は、保健所受付日の翌月(保健所受付日が、属する月の初日である場合は当該月)の初日からとなります。 <番号確認> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 <input type="checkbox"/> その他() _____ <身元確認> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券・在留カード等 <input type="checkbox"/> 写真添付の官公庁発行書類等 <input type="checkbox"/> その他() _____		

※表面に記載できなかった支給認定基準世帯員を記載してください。

	フリガナ	生年月日	受診者との 続柄	個人番号 (12桁)		市町村民税額	申請年1月1日現在 居住の市町村(現市 町村と異なる場合)
		年 月 日					
医療費支給認定基準世帯員 ※同一保険加入の世帯員を記載してください。 ①社会保険の場合：被保険者 ②国民健康保険(組合)：同一医療保険加入の 世帯員 ※保険証の写し、世帯の市町村民税の課税状況が確認 できる資料、世帯全員の住民票(国民健康保険・国民 健康保険組合の場合)		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					
		年 月 日					

【個人番号の記載による住民票、課税証明書及び生活保護受給証明書の省略について】

個人番号の記載により、住民票、課税証明書及び生活保護受給証明書を省略することができます。

ただし、以下の方は、課税証明書を省略することができません。

- 1 被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など)に加入されている方で被保険者が非課税の方
- 2 国民健康保険組合に加入されている方

小児慢性特定疾病支給認定変更申請（届出）書

受給者番号		1	2	3	4	5	6	7	
受診者	フリガナ	クマモト ハナコ			個人番号			生年月日	
	氏名	熊本 花子			※個人番号の記載により添付書類を省略する場合に記載ください。			令和2年1月1日	

受給者番号、受診者の氏名・フリガナ、生年月日は必ず記載してください。

変更のある事項に	<input type="checkbox"/>	事項	変更後						
	<input type="checkbox"/>	受診者氏名 ※戸籍抄本等・受給者証	フリガナ						
	<input type="checkbox"/>	受診者住所 ※住民票・受給者証	氏名						
	<input type="checkbox"/>	保護者氏名・生年月日 ※戸籍抄本等・受給者証	フリガナ				生年月日	※個人番号の記載により添付書類を省略する場合に記載ください。	
	<input type="checkbox"/>	保護者の個人番号 ※個人番号の確認及び身元確認に必要な書類等	氏名						
	<input type="checkbox"/>	保護者住所 ※住民票・受給者証	変更事項にチェックを入れ、変更後の事項を記載してください。						
	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 ※保険証の写し、同意書、受給者証	記号・番号	熊本 123456 789				保険種別	1 社保本人 2 社保扶養 3 国保
	<input checked="" type="checkbox"/>	医療費支給認定基準世帯員 ※同一保険加入の世帯員を記載してください。 ①社会保険の場合：被保険者 ②国民健康保険(組合)：同一医療保険加入の世帯員 ※裏面にも記入できます。 ※保険証の写し、世帯の市町村民税の課税状況が確認できる資料、世帯全員の住民票(国民健康保険・国民健康保険組合の場合)	フリガナ	生年月日	受診者との続柄	個人番号		市町村民税額(所得割)	申請年1月1日現在居住の市町村(現市町村と異なる場合)
	<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分 ※限度額認定証・受給者証	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 ※受給者証、医療費総額が5万円を超えた月が6回以上あったことを確認できる資料(受給者証の自己負担上限月額管理票の写し、指定医療機関が発行する領収書又は診療明細書)						
	<input type="checkbox"/>	自己負担上限月額	<input type="checkbox"/> 按分対象者の変更 (受診者以外の医療保険上の同一世帯員が小慢・難病に認定された場合等) ※受給者証、按分相手の受給者証のコピー			<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療受給者 <input type="checkbox"/> 指定難病医療受給者 【受給者番号】 【氏名】 【受診者との続柄】			
<input type="checkbox"/>	その他の事項	<input type="checkbox"/> その他() ※医療保険変更に伴う自己負担上限月額変更等							

- 変更となった事項が確認できる公的書類(戸籍謄本、住民票、保険証等)を添付してください。
- 小児慢性特定疾病受給者証(原本)を添えて提出してください。
- 保険変更の場合は、同意書を併せて提出してください。
- 住民票及び課税証明書は、個人番号により省略できる場合があります。詳細は、裏面を御確認ください。

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請事項に変更があったので、児童福祉法第19条の5第1項(又は児童福祉法施行規則第7条の9第3項)の規定により、上記のとおり申請(届出)します。

【マイナンバーに係る委任状】
 申請に際し、マイナンバーの利用・提供等の取扱いを、代理人(代理人氏名:)に委任します。

年 月 日

<届出者> 住所(受診者と異なる場合) 氏名 (受診者との続柄) 連絡先 TEL

熊本県知事様

押印不要

マイナンバーの記載により添付書類を省略する場合で、申請者の代理人が窓口で提出する時は、委任状欄に記載ください。
 (例)申請者(支給認定保護者)が父、提出者が母

※保健所記入欄

<自己負担上限月額変更前>	区分	金額	円
<自己負担上限月額変更後>	区分	金額	円

※自己負担上限月額の変更認定日は、保健所受付日の翌月(保健所受付日が、属する月の初日である場合は当該月)の初日からとなります。

<番号確認> 個人番号カード 通知カード 個人番号が記載された住民票等 その他()

<身元確認> 個人番号カード 運転免許証・旅券・在留カード等 写真添付の官公庁発行書類等 その他()

保健所受付印	子未来受付印
--------	--------

※表面に記載できなかった支給認定基準世帯員を記載してください。

	フリガナ	生年月日	受診者との続柄	個人番号			市町村民税額	申請年1月1日現在居住の市町村(現市町村と異なる場合)
		年 月 日						
医療費支給認定基準世帯員 ※同一保険加入の世帯員を記載してください。 ①社会保険の場合：被保険者 ②国民健康保険(組合)：同一医療保険加入の世帯員 ※保険証の写し、世帯の市町村民税の課税状況が確認できる資料、世帯全員の住民票(国民健康保険・国民健康保険組合の場合)		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						
		年 月 日						

【個人番号の記載による住民票、課税証明書及び生活保護受給証明書の省略について】
 個人番号の記載により、住民票、課税証明書及び生活保護受給証明書を省略することができます。
 ただし、以下の方は、課税証明書を省略することができません。

- 1 被用者保険(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など)に加入されている方で被保険者が非課税の方
- 2 国民健康保険組合に加入されている方