

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更届出書

<input type="checkbox"/> マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望する ⇒別途、(様式第 1 号) 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書 兼同意書（保険変更に伴い階層変更をする場合のみ）と（様式第 1 号別紙）世帯調書が必要です	<input type="checkbox"/> マイナンバー連携（一部書類の提出省略）を希望しない （変更内容に情報連携の必要がない場合を含む）
---	--

※マイナンバー連携により書類（住民票・課税証明書）の省略ができる場合があります。

※ただし、世帯調書に不備がある場合、書類（住民票・課税証明書）の省略はできません。

※また、業種別国民健康保険組合加入者・被用者保険非課税の方は、課税証明書は省略はできません。

※情報連携の結果、書類の提出や税の申告が必要となる場合があります。ご了承ください。

大阪府知事様

年 月 日

支給認定の申請に関する事項を次のとおり変更しましたので、児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により届け出ます。

申請者欄に記載する者に本件申請を委任します ※受診者が 18 歳以上で受診者以外の方に申請を委任する場合

受診者	氏名	受給者番号		
	生年月日	年	月	日 (歳)
申請者 (送付先)	氏名	受診者との続柄 ()		
	住所	〒	電話番号	() -

※送付先が上記住所・宛名と異なる場合は最下段に記載してください。

変更事項	変更前	変更後	変更年月日
<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 氏名 (フリガナ) <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 児童との 続柄 <input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※変更事項を証明する書類の添付が必要です

受給者証の受け取り方法	<input type="checkbox"/> 保健所での受け取り ※☑がない場合は普通郵便による郵送となります
普通郵便による郵送で、申請者（送付先）と異なる送付先・宛名を希望する場合、以下に記入してください。 〒 -	
住所	宛名