

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書

年 月 日

神奈川県 保健福祉事務所長殿

申請者 居住地

氏名

㊞

児童福祉法第19条の5第1項の規定により、次のとおり申請します。

受給者番号								
受診者	氏名				性別	男・女	生年月日	年月日
	居住地	〒						
	電話番号							
保護者	氏名				受診者との続柄			
	居住地	〒						
	電話番号							

変更年月日	年月日		
変更事項（変更を申請する事項のみ記入してください。）			
指定小児慢性特定疾病医療機関に関する事項	医療受給者証に記載の追加を希望する医療機関	医療受給者証からの記載の抹消を希望する医療機関	
	名称	名称	
	所在地	所在地	
	名称	名称	
	所在地	所在地	
	名称	名称	
	所在地	所在地	
小児慢性特定疾病の名称			
該当する階層区分	生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得		
自己負担上限月額特例に関する事項	高額治療継続	該当 ・ 非該当	
	重症患者認定	該当 ・ 非該当	
	人工呼吸器等装着	該当 ・ 非該当	
	支給認定を受けた指定難病の患者（申請中の場合を含む。）	該当 ・ 非該当 (受給者番号：)	
	受診者以外の医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等又は支給認定を受けた指定難病の患者（申請中の場合を含む。）	該当 ・ 非該当 { 氏名： 小児慢性 ・ 指定難病 } { 受給者番号： } { 氏名： 小児慢性 ・ 指定難病 } { 受給者番号： }	

備考 氏名を本人が自筆で記入したときは、押印を省略することができます。