

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				保険種別				
		保険者番号				1 社保本人 2 社保扶養 3 国保				
<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】					
	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										

- 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

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 TEL

熊本県知事様

※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 (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				
変更のある事項に	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							氏名	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	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 type="checkbox"/>	保護者住所 ※住民票・受給者証	㊦									
	<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										

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
 <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

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

押印不要

※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)
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