

【別紙様式第6号】

指定小児慢性特定疾病医療機関変更申請書

受給者番号 No. _____

受診者氏名 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

<変更を希望する医療機関名> ※原則、変更認定日は保健所の受付日以降となります。

◎追加

指定医療機関名	所在地 例：〇〇県〇〇市	医療機関コード ※保健所で記入します

◎削除

指定医療機関名	所在地 例：〇〇県〇〇市	医療機関コード ※保健所で記入します

<変更の必要が生じた理由>

_____ 年 _____ 月 _____ 日

熊本県知事 様

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る指定小児慢性特定疾病医療機関を変更する必要がありますので、児童福祉法第19条の5第1項の規定により、上記のとおり申請します。

医療費支給認定保護者

氏 名 _____ 続 柄 _____
(_____)

連 絡 先 TEL _____

保健所受付印	子未来受付印