

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		事 項	変 更 後												
	☐	受診者氏名 ※戸籍抄本等・受給者証	フリガナ												
			氏名												
	☐	受診者住所 ※住民票・受給者証	〒												
	☐	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				
	☐	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													
	☐	保護者住所 ※住民票・受給者証	〒												
	☐	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												
☐	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												
☐	医療保険の適用区分 ※限度額認定証・受給者証														
☐	自己負担上限月額	☐ 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）													
		☐ 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					☐ 小児慢性特定疾病医療受給者 ☐ 指定難病医療受給者 【受給者番号】 【氏 名】 【受診者との続柄】								
		☐ 重症 ※重症患者認定申告書、医療意見書、受給者証													
		☐ 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													
		☐ その他（ ※医療保険変更に伴う自己負担上限月額変更等													
☐	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： 熊本 菊子)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	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＞ ☐ 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（ ）			

※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。

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）	フリガナ	生年月日	受診者との続柄	個人番号 (1 2 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						
		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

1234567

受診者フリガナ

クマモト ハナコ

受診者氏名

熊本 花子

個人番号

※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

令和 年 月 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

事項

変更後

☐

受診者氏名
※戸籍抄本等・受給者証

フリガナ

氏名

☐

受診者住所
※住民票・受給者証

〒

☐

保護者氏名・生年月日
※戸籍抄本等・受給者証

フリガナ

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。

生年月日

年 月 日

☐

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

☐

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。

☒

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

八代

番号

012345

枝番

01

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

☒

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)

クマモト タロウ

昭和 年 月 日

父

1234

5678

1234

クマモト キクコ

昭和 年 月 日

母

5678

1234

5678

クマモト ジロウ

昭和 年 月 日

祖父

4321

1234

5678

年 月 日

☐

医療保険の適用区分
※限度額認定証・受給者証

☐

自己負担上限月額

☐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）

☐小児慢性特定疾病医療受給者

☐指定難病医療受給者

【受給者番号】

【氏名】

【受診者との続柄】

☐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

☐重症
※重症患者認定申告書、医療意見書、受給者証

☐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

☐その他 ()
※医療保険変更に伴う自己負担上限月額変更等

☐

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： 熊本 菊子)に委任します。

令和 年 月 日

住所 (受診者と異なる場合のみ記入)

〒

＜届出者＞

氏名 熊本 太郎 (受診者との続柄 父)

連絡先 TEL 090—●●●●—××××

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。

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）	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						
		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