

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						
	<input type="checkbox"/>	受診者氏名 <small>※戸籍抄本等・受給者証</small>	フリガナ						
			氏名						
	<input type="checkbox"/>	受診者住所 <small>※住民票・受給者証</small>	Ⓢ						
	<input type="checkbox"/>	保護者氏名・生年月日 <small>※戸籍抄本等・受給者証</small>	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。	
			氏名					年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	保護者の個人番号 <small>※個人番号の確認及び身元確認に必要な書類等</small>							
	<input type="checkbox"/>	保護者住所 <small>※住民票・受給者証</small>	Ⓢ						
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 <small>※保険証の写し、同意書、受給者証</small>	記号	番号		枝番	保険種別		
			被保険者番号				1 社保本人 2 社保扶養 3 市町村国保 4 国保組合		
<input type="checkbox"/>	医療費支給認定基準世帯員 <small>※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)</small>	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)	申請を1月1日現在居住の市町村(国・市町村と異なる場合は)		
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
			年 月 日						
<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分 <small>※限度額認定証・受給者証</small>								
<input type="checkbox"/>	自己負担上限月額	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <small>※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)</small>		<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 <small>(受診者以外の医療保険上の同一世帯員が小児慢性特定疾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</small>		【氏名】					
		<input type="checkbox"/> 重症 <small>※重症患者認定申告書、医療意見書、受給者証</small>		【受診者との続柄】					
		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <small>※人工呼吸器等証明書、医療意見書、受給者証</small>							
		<input type="checkbox"/> その他() <small>※医療保険変更に伴う自己負担上限月額変更等</small>							
<input type="checkbox"/>	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

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)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 在住の市町村民税 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

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 ● 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。

事項		変更後												
受診者氏名	フリガナ													
	氏名													
受診者住所	①													
保護者氏名・生年月日	フリガナ													
	氏名													
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	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	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	
	保険者番号	00012345												
医療費支給認定基準世帯員	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)		申請時3月1日現在世帯員の居住地(国・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								
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	<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"/> 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】													
	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 受診者との続柄													
その他の事項	<input type="checkbox"/> 重症 ※重症患者認定申告書、医療意見書、受給者証													
	<input type="checkbox"/> 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													
	<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													

- 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： 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)

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

<届出者>

氏名 熊本 太郎 (受診者との続柄 父)

連絡先 ☎ 090-●●●●-XXXX 押印不要

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> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 <input type="checkbox"/> その他()		
<身元確認> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証・旅券・在留カード等 <input type="checkbox"/> 写真添付の官公庁発行書類等 <input type="checkbox"/> 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 (12桁)			市町村民税額	申請年1月1日現在居住の市町村(世帯員と異なる場合)	
			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