

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届						
受診者	フリガナ		性別	年齢	生年月日	
	氏名			歳	年月日	
	居住地				個人番号	
保護者	フリガナ				続柄	
	氏名					
	居住地 (受診者と異なる場合に記入)				個人番号	
受給者番号						
変更のある事項に	事項	変更前	変更後			
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・性別・居住地・ 生年月日等)				
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名・居住地・電話番号等)				
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 保険者所在地・ 受診者と同一の加入者等)				
	<input checked="" type="checkbox"/>	医療保険の適用区分				
<input type="checkbox"/>	その他の事項					
備考						
<p>児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により、上記のとおり小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された事項について変更したので、届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>(あて先)長崎市長</p>						

※ 届出者氏名の欄は、記名押印に代えて署名することができます。