

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更届出書

年 月 日

大阪府知事様

支給認定の申請に関する事項を次のとおり変更しましたので、児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により届け出ます。

申請者欄に記載する者に本件申請を委任します ※受診者が18歳以上で受診者以外の方に申請を委任する場合

受診者	受給者番号	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	
	電話番号	
申請者	フリガナ	受診者との関係 ()
	氏名	
	住所	
	電話番号	

変更事項	変更前	変更後	変更年月日
<input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 児童との続柄 <input type="checkbox"/> 受診者 <input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> その他 ()			

※ 変更事項を証明する書類の添付が必要です

受給者証の受け取り方法	<input type="checkbox"/> 保健所での受け取り ※☐がない場合は普通郵便による郵送となります
普通郵便による郵送で、申請者住所と異なる送付先を希望する場合、以下に記入してください。 〒 _____	
住所	宛名