

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更届出書

<input type="checkbox"/> マイナンバー連携（一部書類の省略）を希望する ⇒ マイナンバー連携を希望する場合は、（様式第 1 号別紙）世帯調書の提出が必要です。 ※保険変更に伴い、階層の変更をする場合は、（様式第 1 号）小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書兼同意書が必要となります。	<input type="checkbox"/> マイナンバー連携（一部書類の省略）を希望しない （変更内容に情報連携の必要がない場合を含む）
---	--

※マイナンバー連携により書類（住民票・課税証明書・医療保険の資格情報が確認できる資料）の省略ができる場合があります。

※ただし、世帯調書に不備がある場合、書類（住民票・課税証明書・医療保険の資格情報が確認できる資料）の省略はできません。

※情報連携の結果、書類の提出や税の申告が必要となる場合があります。ご了承ください。

大阪府知事様

年 月 日

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	氏名	受給者番号		
	生年月日	年 月 日 (歳)		
申請者 (送付先)	氏名	受診者との続柄 ()		
	住所	〒	電話番号	() -

※送付先が上記住所・宛名と異なる場合は最下段に記載してください。

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 (フリガナ) <input type="checkbox"/> 住所 <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"/> 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 ※ <input checked="" type="checkbox"/> 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（送付先）と異なる送付先・宛名を希望する場合、以下に記入してください。 〒 - 住所 _____ 宛名 _____	