

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届出書

受診者	フリガナ		受給者番号						
	氏名								

○変更がある事項に☑を付け、変更後の内容等を記載して、変更を確認できる書類(※1)及び受給者証を提出してください。

変更事項				変更年月日
受診者	<input type="checkbox"/>	フリガナ		日中に連絡が取れる電話番号 ( ) -
		氏名		
者	<input type="checkbox"/>	住 所	〒 -	
保 護 者	<input type="checkbox"/>	フリガナ		日中に連絡が取れる電話番号 ( ) -
		氏名		
者	<input type="checkbox"/>	住 所	〒 -	受診者との続柄
上記以外の事項 (※2)	<input type="checkbox"/>	変 更 前		変 更 後

○他の都道府県又は京都市へ転出した場合は下記に☑を付け、転出先等を記載し、受給者証を提出してください。

他の都道府県又は京都市へ転出	<input type="checkbox"/>	転出先の 住所地	都 道 府 県	市 区 町 村	転出日 (予定)	年	月	日
----------------	--------------------------	-------------	---------	---------	-------------	---	---	---

小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請書及び医療受給者証の記載事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

年 月 日

京 都 府 知 事 様

届出者 (※3)	氏 名		受診者との続柄	日中に連絡が取れる電話番号 ( ) -
	住 所	〒 -		

※1 住民票、個人番号カード等、変更した事項が確認できる書類。なお、提出された証明書類で変更内容を確認できない場合は、別途、確認書類を提出していただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

※2 疾病の変更・追加を行う場合、人工呼吸器装着等の認定基準に該当する場合、世帯内に指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受ける者がいる場合等は、支給認定申請書(別記様式第1号)により申請してください。

※3 受診者が未成年の場合は受給者証に記載された保護者の方が届出を行ってください。

受 付 印
持 参 ・ 郵 送