別記第4号様式の7（第4条の4関係）

小児慢性特定疾病医療費支給認定記載事項変更届兼変更申請書

公費負担者番号		受診者氏名	
受給者番号		生年月日	年　月　日生
申請者氏名		申請者連絡先	

下記の欄は、**変更事項のみ**記入してください。

変更年月日	年　月　日

変更事項							
受診者	フリガナ		個人番号				
	氏名						
	住所	〒　－	電話番号				
		豊島区　丁目　番　号　（マンション名等）					
保険	種別	協会・船員・日雇・組合・共済・国保（退職被保険者）・国保組合・生保				本人・家族	
	記号		番号		保険者番号		
支給認定基準世帯員							
申請者	フリガナ		受診者との続柄				
	氏名						
	個人番号						
	住所	受診者と異なる場合又は受給者証の送付先について住所以外を希望する場合は、下欄に記入してください。					
		〒　－	電話番号				
月額負担上限額の特例（※）		該当する場合、当該項目に〇を付けてください。	重症申請　人工呼吸器等装着　高額かつ長期　世帯内按分				
受診者と同じ医療保険の世帯内にいる指定難病若しくは小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者			氏名　（難病・小慢）受給者番号				
			氏名　（難病・小慢）受給者番号				

豊島区長　殿

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費医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届出（申請）します。また、この届出（申請）にあたり、当区において医療意見書に関する医療情報、住民記録情報、住民税等に関する課税資料、国民健康保険情報、後期高齢者医療情報、生活保護受給情報、公的年金等の収入額（世帯員分を含む）を確認することに同意します。

年　月　日　申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　重症申請…重症認定基準を満たしている。　人工呼吸器等装着…人工呼吸器等を装着している。　高額かつ長期…医療費総額が月５万円（医療保険の２割負担の場合は、医療費の自己負担額が月１万円）を超える月が年間６回以上ある。　世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる。

身元確認	□個人番号カード　□運転免許証　□運転経歴証明書 □旅券　□在留カード　□その他（　　）
個人番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票の写し □その他（　　）

収受印欄	