

小児慢性特定疾病医療受給者証変更交付申請書

年 月 日

(宛先) 姫路市長

(申請者) 住所 〒

氏名

対象者との続柄

電話番号

(※受診者が18歳以上の場合、受診者本人が申請者となります。)

下記のとおり変更になりましたので申請します。

記

公費負担者番号				受給者番号				医療受診券の有効期間						
								. . . ~ . . .						
(フリガナ)								年 月 日 生						
受給者氏名														
疾病名														
項目		変更内容												
保険 変更	発行機関名					保険者番号			記号			番号		
	支給認定世帯員	氏名	続柄()				氏名	続柄()						
	(同一世帯内の 医療保険が同一 の者)	氏名	続柄()				氏名	続柄()						
		氏名	続柄()				氏名	続柄()						
支給認定世帯の変更により 市民税非課税世帯かつ収入が80万円9千 円以下となった場合		市民税非課税世帯で、支給認定保護者(受給者が18歳以上の場合は支給認定患者本人)の収入が年間80万9千円以下であり、課税証明書に記載されてある以外の収入はなく、障害年金や特別児童扶養手当等の支給を受けていないことを申告します。 申請者(保護者)氏名												
医療保険上の同一世帯内の 指定難病・小児慢性特定 疾病受給者		追加・取り消し	氏名					受給者番号						
<input type="checkbox"/> 住所								<input type="checkbox"/> 人工呼吸器装着						
<input type="checkbox"/> 氏名								<input type="checkbox"/> 重症患者認定						
<input type="checkbox"/> 保護者								<input type="checkbox"/> 高額治療継続者 (高額かつ長期)						
<input type="checkbox"/> その他()								<input type="checkbox"/> 保険変更を伴わない 階層区分(自己負担上限額)						
								<input type="checkbox"/> 生活保護						
変更年月日		年 月 日												
備考(変更前)														