

小児慢性特定疾病支給認定/登録者証変更申請書兼届出書

受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇 ←小児慢性特定医療費医療受給者証に記載のある受給者番号を記入してください。		
フリガナ	ゲンマ タロウ		生年月日
氏名	群馬 太郎	年齢	〇〇歳 令和〇年 〇月 〇日
フリガナ			
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1-1		

事項	変更後		変更年月日	添付書類 ※1
<input checked="" type="checkbox"/> 受給者に関する事項 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者(保護者)に関する事項 ※変更した項目のみ記載	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町123	〇年〇月〇日	住民票 又は 公的機関が発行した住所が確認できる書類 (マイナンバーカード、免許証等)
	氏名			
	TELその他	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
<input checked="" type="checkbox"/> 受給者の被保険者証等に関する事項 ※変更した項目のみ記載	記号及び番号	〇〇〇〇-〇〇〇〇	〇年〇月〇日	医療保険の資格情報が確認できる書類 認定世帯員 ()人分 同意書 (一部共済組合のみ ※2)
	保険者名	〇〇健康保険組合		
<input checked="" type="checkbox"/> 受診を希望する医療機関・薬局・訪問看護事業者	指定確認	医療機関等名	所在地	変更事由
	<input type="checkbox"/>	〇〇病院	〇〇県〇〇市〇〇町333	追加・中止
<input checked="" type="checkbox"/> 階層区分に関する事項 <input type="checkbox"/> ①生活保護 <input type="checkbox"/> ②境界層該当 <input type="checkbox"/> ③世帯按分※3 <input type="checkbox"/> ④重症(高額かつ長期) <input type="checkbox"/> ⑤住所の変更等による世帯員の変更に伴う変更 <input checked="" type="checkbox"/> ⑥被保険者証等の変更に伴う変更	変更前	変更後	変更年月日	添付書類 ※1
	10,000円	①に該当する場合は、変更年月日欄に生活保護開始日又は廃止日を記入してください。 ②～⑥に該当する場合は、変更後欄及び変更年月日欄の記入は不要です。	年月日	①生活保護受給証明書 ②境界層該当証明書 ③同一医療保険に加入する世帯員の受給者証の写し ④医療費申告書(様式9) & 自己負担上限額管理票の写し(又は領収書や診療明細書) ⑤⑥ 所得課税証明書(非課税証明書) 認定世帯員 (1)人分 その他所得に関する証明書
<input checked="" type="checkbox"/> 疾病に関する事項 <input type="checkbox"/> ①疾病追加 <input checked="" type="checkbox"/> ②病名変更 <input type="checkbox"/> ③人工呼吸器等 <input type="checkbox"/> ④重症(基準に該当)	〇〇〇〇〇〇〇〇	△△△△△	小児慢性特定疾病医療費支給認定日の通りの希望 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	①～④医療意見書 ③人工呼吸器等装着者証明書(様式3) ④重症患者認定申告書(様式2)
	小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 ※5※6 (希望がない場合は変更年月日を記載)	年月日		
<input checked="" type="checkbox"/> 登録者証に関する事項(氏名変更) ※7	〇〇 〇〇	△△ 〇〇	年月日	公的機関が発行した氏名が確認できる書類(マイナンバーカード、免許証等)

申請した内容に変更があったため、上記のとおり届け出ます。

申請者 住所 〇〇市〇〇町1-1-2 連絡先 (電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇)
 氏名 群馬 次郎 ※4 受診者との続柄 [父]
 令和〇年 〇月 〇日

群馬県知事 あて

※1 添付した書類に丸を記入する。
 ※2 国家公務員共済組合及び地方公務員共済組合のみ同意書が必要です。
 ※3 本申請における受診者が指定難病患者でもある場合も含む。
 ※4 日中連絡が付きやすい電話番号等を記入してください。
 ※5 小児慢性特定疾病医療費の支給認定日は申請日から1ヶ月前(やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3ヶ月前)の同じ日まで遡って申請することが可能です。そのため、申請日に関わらず医療意見書に記載された診断年月日等、小児慢性特定疾病医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載してください。
 ※6 審査の結果、必ずしも記載された支給認定日とならない場合もあります。
 ※7 マイナンバー情報連携を活用している場合は、届出不要です。