

受給者証記載事項変更等届

年 月 日

尼 崎 市 長 あて

(届出者)
〒 ー
住所

氏名 受診者との続柄()
電話番号()
メールアドレス()

小児慢性特定疾病の支給認定について、記載のとおり届け出ます。

公費負担者番号	5228 8057 7059	受給者番号	
受診者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
保護者	フリガナ		受診者との続柄
	氏 名		

◎変更(変更する項目のみ記入してください)

		変更前	変更後
受診者	フリガナ		
	氏 名		
	住所・電話番号	〒 ー 電話番号(ー ー)	〒 ー 電話番号(ー ー)
保護者	フリガナ		
	氏 名		
	住所・電話番号	〒 ー 電話番号(ー ー)	〒 ー 電話番号(ー ー)
加入医療保険	被保険者氏名	受診者との続柄 []	受診者との続柄 []
	保険者	(名称) (保険者番号)	(名称) (保険者番号)
	記号・番号・枝番	(記号) (番号) (枝番)	(記号) (番号) (枝番)
生活保護	☐ 開始 ☐ 再開 ☐ 停止 ☐ 廃止	事由発生日: 年 月 日 医療保険の加入: なし ・ あり(継続) ・ あり(保険変更・新規加入)	

※支給認定世帯員および個人番号の変更については、裏面に記入してください。

◎返還(受給者証を添付してください。)

受給者証	1. 市外転出 2. 病気の治ゆ 3. 死亡 4. その他()
	1. 市外転出の場合 転出先(都・道・府・県 市(町村))
事実発生日	上記事由の事実発生日 年 月 日
按分該当ありの場合	按分対象者氏名: 受給者番号: (難病・小慢)

(裏面)

◎支給認定世帯員および個人番号の変更

受診者と同じ医療保険に加入する方の氏名、受診者から見た続柄、個人番号を記載してください。

個人番号の変更があった場合は、変更のあった方の情報のみ記載してください。

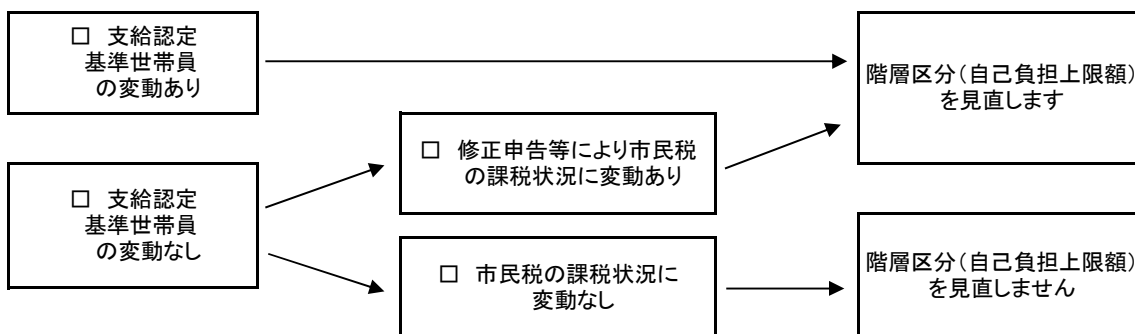
支給認定世帯の状況の変化に伴い、階層区分変更が生じる場合は様式第4号にて提出してください。

1	フリガナ 氏名	変更なし 追加 削除	続 柄	本人	【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()
2	フリガナ 氏名	変更なし 追加 削除	続 柄		【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()
3	フリガナ 氏名	変更なし 追加 削除	続 柄		【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()
4	フリガナ 氏名	変更なし 追加 削除	続 柄		【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()
5	フリガナ 氏名	変更なし 追加 削除	続 柄		【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()
6	フリガナ 氏名	変更なし 追加 削除	続 柄		【市民税非課税の方のみお答えください】 (1)扶養 有()・無 (2)収入額(※1) 円 【該当年度の1月1日に市外にお住まいの方】 該当年度1月1日時点住所地(市区町村)()

※(2)収入額については、世帯員全員が非課税の場合のみ、昨年1年間の収入額等をご記入ください。
収入には、障害年金、遺族年金、特別児童扶養手当なども該当します。

◎階層区分(自己負担上限額)の見直しについて

医療保険の変更に伴う、階層区分変更の有無を確認するため該当するものに☑を入れてください。



医療受給者証の 受け取り方法	☐ 申請者住所に送付(普通郵便) ☐ 市窓口(北部保健福祉センター・南部保健福祉センター・保健所)
	☐ その他(送り先を指定) 宛名: _____ 〒 _____