

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(変更)

年 月 日

尼崎市長 へ

(申請者)

〒

住所

氏名 受診者との続柄()

電話番号()

メールアドレス()

小児慢性特定疾病医療費の支給認定について、記載のとおり申請します。

なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

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		

◎変更内容(変更する項目に☑を付けてください)

自己負担上限額	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 重症患者	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 高額かつ長期(高額治療継続者)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	<input type="checkbox"/> 保険変更を伴わない階層区分の変更	変更前 階層区分	→	変更後 階層区分
	<input type="checkbox"/> 按分対象者	按分欄に詳細をご記入ください		

※支給認定世帯員および個人番号については、裏面に記入してください。

◎按分

按分対象者	<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除		
按分対象者氏名	フリガナ 受診者との 続柄 ()	制度	小児慢性・難病
按分対象者が受診者と同一の場合	疾病名	受給者番号 (※)	

※申請中(受給者番号未発番)の場合は、「〇月〇日 申請中」と記載してください。

◎再交付(汚損・破損の場合は、その受給者証を添付してください。)

受給者証	1. 紛失 2. 破損 3. 汚損 4. 盗難 5. その他()
------	-----------------------------------

※紛失による場合、再交付後に受給者証が見つかった際には速やかに再交付前の受給者証を返還してください。

(裏面)

◎支給認定世帯員および個人番号

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。

1	フリガナ 氏名 (個人番号)	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 (個人番号)	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 (個人番号)	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 (個人番号)	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 (個人番号)	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 (個人番号)	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。

医療受給者証の 受け取り方法	<input type="checkbox"/> 申請者住所に送付(普通郵便) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> その他(送り先を指定) 宛名: _____ 〒 _____
-------------------	--