

福島県小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書

受給者番号									
受診者氏名									

保福受付年月日

変更区分 (※)	1. 自己負担上限額	2. 指定医療機関	3. 疾病
----------	------------	-----------	-------

※ 該当する項目に○をする。

自己負担上限額に係る変更	申請者・保護者	フリガナ								受診者との関係	本人・父・母・祖父母・その他		
		氏名											
		マイナンバー 個人番号										年齢	歳
	郵便番号								日中連絡のつく 電話番号				
	フリガナ												
		住所											
	受診者の被保険者証の記号及び番号	保険種別							被保険者との続柄	本人・本人以外			
		協会けんぽ	組合	共済	国保(一般)	国保(退職)	国保組合	生保					
		保険者番号							保険者名				
		記号							番号				
世帯	別添「世帯調書」のとおり												
自己負担上限額	別添「所得・課税証明書」及び世帯内按分対象者の自己負担額から判定される金額												

指定医療機関	名称	所在地	区分
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除

疾病	細分類病名	区分
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除

令和 年 月 日

福島県知事 様

申請者 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ (受診者との続柄)  
 電 話 番 号 \_\_\_\_\_

保健福祉事務所記入欄

該当する階層区分	生保・低I・低II・般I・般II・上位・血	身元確認	
世帯内受給者状況(按分)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ¥ _____ /月 )	番号確認	(世帯内受給者の番号)

◆添付書類◆

1. 自己負担上限額に係る変更

(1) 保護者の変更

・世帯全員の住民票・健康保険証・保険者からの情報提供に係る同意書・市町村民税(非)課税証明書・世帯調書・その他必要な書類

(2) 世帯の変更

・世帯全員の住民票(変更がある場合)・市町村民税(非)課税証明書・世帯調書・その他必要な書類

(3) 自己負担上限額

・市町村民税(非)課税証明書(※世帯内按分の場合は、按分相手の受給者証の写しも添付)

2. 指定医療機関の変更

・添付書類不要(医療機関が指定されているかの確認は必要)。

3. 疾病の変更

・変更後の疾病に関する指定医が作成した医療意見書・その他必要な書類