

小児慢性特定疾病医療費支給認定等 変更届出書兼申請書												
届出（申請）者	愛媛県 _____ 保健所長 様 下記のとおり、特定医療費の支給にかかる変更について届出（申請）します。 厚生労働大臣 様 臨床調査個人票の研究等への利用については、研究利用同意欄に記載のとおりとします。  _____ 年 _____ 月 _____ 日 住 所 _____ 氏 名 _____ (受診者との続柄 _____)(電話番号 _____)  ※住所、電話番号は受診者本人と異なる場合のみ記入 ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要											
	受給者番号 (※登録者証は空欄)											
	フリガナ				年 齢	歳	生 年 月 日					
	氏 名						年 月 日					
受診者	住 所		〒 _____									
	電話番号		_____									
※変更がある場合は変更後の内容を記載してください。												
届出事項 (届出する内容に <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	受診者氏名の変更									⑥ 記入	
	<input type="checkbox"/>	受診者住所の変更									⑥ 記入	
	<input type="checkbox"/>	受診者電話番号の変更									⑥ 記入	
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項(氏名・住所・電話番号)の変更									①・⑥ 記入	
	<input type="checkbox"/>	加入医療保険の変更									②・⑥ 記入	
	<input type="checkbox"/>	支給認定基準世帯員(同一医療保険加入者)の変更									③・⑥ 記入	
	<input type="checkbox"/>	返還(県外転出)									⑥ 記入	
	<input type="checkbox"/>	その他									⑤・⑥ 記入	
申請事項 (申請する内容に <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/>	病名追加・病名変更									④・⑥ 記入	
	<input type="checkbox"/>	高 額 か つ 長 期	申請日の属する月以前の 12 か月の間に、指定難病に関する月ごとの医療費総額が、50,000 円を超える月が6回以上あった。							⑥ 記入		
	<input type="checkbox"/>	重 症 患 者 認 定	重症患者認定基準に該当した。							⑥ 記入		
	<input type="checkbox"/>	人 工 呼 吸 器 等 装 着	人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者の基準に新たに該当した。							⑥ 記入		
	<input type="checkbox"/>	課税額の変更									③・⑥ 記入	
	<input type="checkbox"/>	同じ医療保険の世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者の(追加・削除・自己負担上限額の変更)	<input type="checkbox"/> 追 加 <input type="checkbox"/> 削 除 <input type="checkbox"/> 限 度 額 変 更	受給者番号			(難病・小慢)					
				氏 名								
	<input type="checkbox"/>			受給者番号			(難病・小慢)					
氏 名												
<input type="checkbox"/>	その他									⑤・⑥へ記入		
① 保護者	フリガナ					電話 番号	[□届出者と同じ]					
	氏 名											
	住 所	〒 _____				[□届出者と同じ]						
[行政受付欄]												

