

別記第 8 号様式

| 小児慢性特定疾病保護者等氏名等変更届出書                |                                                       |                   |  |  |  |  |  |          |       |  |  |  |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------|--|--|--|--|--|----------|-------|--|--|--|--|
| 小児慢性特定疾病保護者等の氏名等を変更したので、次のとおり届け出ます。 |                                                       |                   |  |  |  |  |  |          |       |  |  |  |  |
| 函館市長 様                              |                                                       |                   |  |  |  |  |  |          |       |  |  |  |  |
| 届出者                                 | フリガナ                                                  |                   |  |  |  |  |  | 受診者との続柄  |       |  |  |  |  |
|                                     | 氏名                                                    |                   |  |  |  |  |  |          |       |  |  |  |  |
|                                     | 個人番号                                                  |                   |  |  |  |  |  |          |       |  |  |  |  |
|                                     | 居住地                                                   |                   |  |  |  |  |  | 電話       |       |  |  |  |  |
| 受診者                                 | フリガナ                                                  |                   |  |  |  |  |  | 生年月日     | 年 月 日 |  |  |  |  |
|                                     | 氏名                                                    |                   |  |  |  |  |  |          |       |  |  |  |  |
|                                     | 個人番号                                                  |                   |  |  |  |  |  |          |       |  |  |  |  |
|                                     | 居住地                                                   |                   |  |  |  |  |  | 電話       |       |  |  |  |  |
| 受給者番号                               |                                                       |                   |  |  |  |  |  |          |       |  |  |  |  |
| 支給認定の有効期間                           |                                                       | 年 月 日 から 年 月 日 まで |  |  |  |  |  |          |       |  |  |  |  |
| 変更の内容                               | 事項                                                    | 変更前               |  |  |  |  |  | 変更後      |       |  |  |  |  |
|                                     | 受診者に関する事項<br>(氏名, 居住地<br>および連絡先)                      |                   |  |  |  |  |  | 年 月 日 変更 |       |  |  |  |  |
|                                     | 保護者に関する事項<br>(氏名, 居住地, 連絡先<br>および受診者との続柄)             |                   |  |  |  |  |  | 年 月 日 変更 |       |  |  |  |  |
|                                     | 加入医療保険に関する<br>事項(記号および番号,<br>保険者名ならびに受診者<br>と同一の加入者)  |                   |  |  |  |  |  | 年 月 日 変更 |       |  |  |  |  |
|                                     | 受診する指定医療<br>機関に関する事項(<br>名称および所在地)                    |                   |  |  |  |  |  | 年 月 日 変更 |       |  |  |  |  |
|                                     | 小児慢性特定疾病医療<br>支援負担上限月額の算定<br>のために必要な事項の<br>うち変更があった事項 |                   |  |  |  |  |  | 年 月 日 変更 |       |  |  |  |  |

添付書類

- 1 医療費支給認定に係る医療受給者証
- 2 変更の内容に係る事項を証明する書類