別記第9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。				
				年 月 日
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 (氏名, 居住地 および連絡先)		年 月 日 変更	
	保護者に関する事項 (氏名, 居住地, 連絡先 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 事項(記号および番号, 保険者名ならびに受診者 と同一の加入者)		年 月 日 変更	
	受診する指定医療 機関に関する事項(名称および所在地)		年 月 日 変更	
	小児慢性特定疾病医療 支援負担上限月額 の算定のために必要な 事項のうち変更があった 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