

別記様式第2号（第3条関係）

小児慢性特定疾病医療費支給認定申請事項変更届出書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

届出者 居住地 和歌山市

氏名 ⑨

（自署又は記名押印）

電話番号 - -

小児慢性特定疾病児童等との続柄 父・母・その他

個人番号

医療費支給認定の申請事項に変更がありましたので、児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により次のとおり届け出ます。

小児慢性特定疾病児童等		
氏名	生年月日	個人番号
	年 月 日	

変更があった事項	<input type="checkbox"/> 保護者の氏名、居住地、個人番号、連絡先又は小児慢性特定疾病児童等との続柄 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病児童等の氏名、居住地又は個人番号 <input type="checkbox"/> 医療保険の記号、番号又は保険者名称 <input type="checkbox"/> 医療費支給認定基準世帯員の氏名又は個人番号 <input type="checkbox"/> 指定小児慢性特定疾病医療機関として希望するものの名称又は所在地 <input type="checkbox"/> 負担上限月額の算定のために必要な事項	
	変更前の内容	変更後の内容
変更の必要が生じた日	年 月 日	
備考		

注意事項

- この手続は、医療費の支給認定を受けている保護者（医療費支給認定保護者）が行うこととされています。
- 変更のあった事項のうち、該当するものにチェックを入れ、変更前と変更後の内容等を記載してください。