

別記様式第8号（第8条関係）

小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書

年 月 日

（宛先）和歌山市長

申請者 居住地 和歌山市

氏名 ㊟

（自署又は記名押印）

電話番号

受診者との続柄 父・母・その他（ ）

受診者 居住地 和歌山市

氏名 性別 男・女

生年月日 年 月 日

医療費支給認定に係る事項を変更する必要がありますので、児童福祉法施行規則第7条の27第1項の規定により次のとおり申請します。

変更の必要が生じた事項	<input type="checkbox"/> 指定小児慢性特定疾病医療機関 <input type="checkbox"/> 負担上限月額及び負担上限月額に係る事項 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病の名称	
追加する指定小児慢性特定疾病医療機関（病院、診療所、薬局及び訪問看護ステーション）	名 称	所在地
負担上限月額及び負担上限月額に係る事項に変更の必要が生じた理由	<input type="checkbox"/> 特例該当 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期 <input type="checkbox"/> 重症患者認定 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 世帯内按分特例 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
小児慢性特定疾病の名称		
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。
- 変更の必要が生じた事項のうち、該当するものにチェックを入れるとともに、該当する事項のみを記載してください。
- 医療受給者証及び次の書類等を添付し、又は窓口で提示してください。
負担上限月額及び負担上限月額に係る事項に変更がある場合は、算定のために必要な書類
小児慢性特定疾病の名称に変更がある場合は、医師の診断書