

柏市小児慢性特定疾病医療費支給認定変更届出書

受診者	受診者及び申請者のマイナンバーの記載が必要となります。	かしわ じろう	年齢	2歳	生年月日		
	柏 次郎	平成			4年	5月	6日
	987654321111	受給者番号	令和			1234567	
住所	柏市柏下65-1 柏マンション201号			変更後の氏名や住所を記載してください。			

事項	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 受診者氏名		
<input type="checkbox"/> 保護者氏名		
<input checked="" type="checkbox"/> 住所 ① 受診者及び保護者 2, 受診者のみ 3, 保護者のみ (該当する番号に○)	柏市柏5-10-1 柏ハイツ101号	柏市柏下65-1 柏マンション201号
<input type="checkbox"/> 加入保険	保険者の名称 記号・番号	
<input type="checkbox"/> その他 変更内容()		
備考		

1. 受診者が18歳未満の場合

原則、健康保険証に記載してある「被保険者」を申請者としてください。

2. 受診者が18歳以上の場合

受診者本人の氏名で申請してください。

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及びについて、上記のとおり届け出ます。		令和6年 8月 1日		相市長 ありて	
ふりがな	かしわ たろう			受診者との続柄	<input checked="" type="checkbox"/> 父 ・ 母 本人(18歳以上) <input type="checkbox"/> 祖父母 ・ その他
氏名	柏 太郎 (自署ではない場合は押印が必要) (受診者が18歳以上の場合の申請者は受診者)				
個人番号	123456789123				
住所	<input checked="" type="checkbox"/> 受診者と同じ(同じ場合は記載不要)		電話番号	090-0123-xxxx	