

受給者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

特定医療費（指定難病）支給認定申請事項変更届出書

受診者	フリガナ											電話番号		
	氏名											- -		
	住所 (住所変更の場合は前住所)	郵便番号	-										1月1日現在の住所所在地	
												都・道	市・区	
												府・県	町・村	
届出者	※受診者が18歳未満の場合は、保護者が申請してください。 ※届出者と受診者が同じ場合は、氏名のみ記入してください。													
	フリガナ											受診者との関係		
	氏名													
		(自署する場合は、押印不要です。)												
住所	郵便番号	-										電話番号		
	- -													
受診者	<input type="checkbox"/>	フリガナ											性別	
	<input type="checkbox"/>	氏名											男・女	
	<input type="checkbox"/>	個人番号												
	<input type="checkbox"/>	住所	郵便番号	-										
<input type="checkbox"/>	自宅電話番号	-	-	<input type="checkbox"/>		携帯電話番号	-					-		
保護者	<input type="checkbox"/>	フリガナ											受診者との関係	
	<input type="checkbox"/>	氏名												
	<input type="checkbox"/>	個人番号												
	<input type="checkbox"/>	住所	郵便番号	-										
<input type="checkbox"/>	自宅電話番号	-	-	<input type="checkbox"/>		携帯電話番号	-					-		
加入医療保険	<input type="checkbox"/>	保険者名(称)												
	<input type="checkbox"/>	生活保護受給 有 ・ 無												
	※ 生活保護を受給している方向け：医療保険加入の有無 有 ・ 無													
	<input type="checkbox"/>	記号・番号 (被保険者番号)						<input type="checkbox"/>	保険種別	国保・国保組合・後期・組合 ・ 協会・共済その他 ()				
支給認定 基準世帯員	<input type="checkbox"/>	追加・ 削除	氏名											
			1月1日現在の 住所所在地	都・道	市・区	続柄								
			個人番号											
	<input type="checkbox"/>	追加・ 削除	氏名											
			1月1日現在の 住所所在地	都・道	市・区	続柄								
			個人番号											
上記のとおり、支給認定の申請事項に変更があったので届け出ます。 年 月 日														
(宛先) 静岡市長														

(注) 1 変更がない事項の欄は記入する必要はありません。

2 1月1日現在の住所所在地について、1月から6月までに届け出る場合は前年の1月1日在住の市区町村、7月から12月までに届け出る場合は当年の1月1日在住の市区町村を記入してください。

