

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																			
住所	郵便番号	-										電話番号								
												-		-						
受診者	<input type="checkbox"/>	フリガナ											<input type="checkbox"/>	性別						
		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											<input type="checkbox"/>	受診者との関係						
		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)																		
基準世帯員 支給認定	<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。

