

福島市小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書

受給者番号									
受診者氏名									

受付年月日

変更区分 (※)	1. 自己負担上限額	2. 指定医療機関	3. 疾病
----------	------------	-----------	-------

※ 該当する項目に○をする。

自己負担上限額に係る変更	保護者	フリガナ											受診者との関係	父 ・ 母 ・ その他 ()				
		氏名																
		マイナンバー 個人番号																年齢
	郵便番号																	日中連絡のつく電話番号
	住所	フリガナ																
		住所	今年1月1日の住所 (6月~12月申請の場合)										〒	※現住所と異なる場合				
	加入保険	保険種別						被保険者との続柄			本人 ・ 本人以外							
		協会けんぽ	組合	共済	国保	国保組合	生保											
		保険者番号						保険者名										
		記号						番号										
世帯	別添「世帯調書」のとおり																	
自己負担上限額	世帯課税情報及び世帯内按分対象者の自己負担額から判定される金額																	

指定医療機関	名称	所在地	区分
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
			<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除

疾病	細分類病名	区分
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除
		<input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除

年 月 日

福島市長 様

申請者 住 所 _____
 氏 名 (自署) _____
 受診者との関係 父 ・ 母 ・ その他 () _____
 電 話 番 号 _____

こども家庭課記入欄

該当する階層区分	生保・低I・低II・般I・般II・上位・血	住基確認	
世帯内受給者 状況(按分)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (¥ _____ / 月)	(世帯内受給者の番号)	番号確認
来庁者確認手段	マイナンバーカード・運転免許証・パスポート・健康保険証・年金手帳・その他 ()		

◆添付書類◆

1. 自己負担上限額に係る変更

(1) 保護者の変更

・健康保険証写し・世帯調書(様式第2号)・保険者からの情報提供に係る同意書(様式第3号)・課税、世帯情報確認の同意書(様式第15号)・現在の小慢受給者証写し・その他必要な書類

(2) 世帯の変更

・世帯調書(様式第2号)・課税、世帯情報確認の同意書(様式第15号)・現在の小慢受給者証写し・その他必要な書類

(3) 自己負担上限額

・課税、世帯情報確認の同意書(様式第15号) ※世帯内按分の場合は、按分相手の受給者証写しも添付
・現在の小慢受給者証写し

2. 指定医療機関の変更

・現在の小慢受給者証写し

3. 疾病の変更

・変更後の疾病に関する指定医が作成した医療意見書・現在の小慢受給者証写し・その他必要な書類

注1) 健康保険証の写しについて

保険種別(対象者)		必要な健康保険証
生活保護		不要
国民健康保険(資料損国保、各種国民健康保険組合等)		同じ国保に加入している方全員分
被用者保険 ・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合 等	受診者が家族 (被扶養者)	被保険者及び受診者分
	受診者が被保険者本人	受診者本人分のみ

注2) その他必要に応じて提出する書類について

書類名	必要な場面
小慢受給者証、指定難病受給者証の写し あるいはそれらに係る申請書の写し	同一世帯内に、他に小慢または指定難病の受給者がいる場合
「生活保護受給証明書」	左記書類をお持ちの場合
「限度額適用証」	
「特定疾病療養受療証」	
「限度額認定・標準負担減額認定証」	