

(表面)

寝屋川市

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

※太枠は、必ず記載してください。

|             |                                  |                    |  |  |  |  |  |  |      |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |  |
|-------------|----------------------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|------|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|--|--|
| 受診者         | フリガナ                             |                    |  |  |  |  |  |  |      |  |  | 生年月日    |  |  |  | 年齢 |  |  |  |  |
|             | 氏名                               |                    |  |  |  |  |  |  |      |  |  | 年 月 日   |  |  |  | 歳  |  |  |  |  |
|             | 住所                               | 〒<br>寝屋川市          |  |  |  |  |  |  |      |  |  | 電話番号    |  |  |  |    |  |  |  |  |
|             |                                  |                    |  |  |  |  |  |  |      |  |  | — —     |  |  |  |    |  |  |  |  |
|             | 受給者番号                            |                    |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |  |
| 申請者<br>(注1) | フリガナ                             |                    |  |  |  |  |  |  |      |  |  | 個人番号    |  |  |  |    |  |  |  |  |
|             | 氏名                               | 申請者は(注1)を参照してください。 |  |  |  |  |  |  |      |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |  |
|             | 住所                               | 〒<br>寝屋川市          |  |  |  |  |  |  |      |  |  | 受診者との続柄 |  |  |  |    |  |  |  |  |
|             |                                  |                    |  |  |  |  |  |  |      |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |  |
|             | □受診者と同じ(受診者と住所が同じ場合は☑を記入してください。) |                    |  |  |  |  |  |  |      |  |  |         |  |  |  |    |  |  |  |  |

< 変更内容 > ※変更のあった事項について、記載してください。

|        |            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
|--------|------------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|--|
|        |            | 変更前       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 変更後       |  |  |  |  |  |  |
| 受診者    | フリガナ       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
|        | 氏名         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
|        | 住所         | 〒<br>寝屋川市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〒<br>寝屋川市 |  |  |  |  |  |  |
|        | 電話番号       | — —       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | — —       |  |  |  |  |  |  |
| 加入医療保険 | 被保険者証      | 記号        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
|        |            | 番号        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
|        | 保険者番号      |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
|        | 保険者名称      |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
|        | 受診者と同一の加入者 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
| 保護者    | フリガナ       |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
|        | 氏名         |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
|        | 受診者との続柄    |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |
|        | 住所         | 〒<br>寝屋川市 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 〒<br>寝屋川市 |  |  |  |  |  |  |
|        | 電話番号       | — —       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | — —       |  |  |  |  |  |  |
| その他事項  |            |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |  |

上記のとおり、記載事項に変更がありましたので、届け出ます。

(宛先) 寝屋川市長

年 月 日

届出者氏名

(注1) 申請者は、原則として、小児慢性特定疾病児童等の医療保険の被保険者(本人)である保護者となります。  
ただし、児童等が被保険者(本人)である場合は、児童等の保護者が届け出てください。  
(注2) 自己負担上限額(階層区分・人工呼吸器等装着・重症患者認定・高額治療継続)及び疾病名の変更は、支給認定の変更を行うため、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書(新規・更新・変更)に記載し、申請してください。  
(注3) 加入医療保険に変更があるときは、裏面の記載をお願いします。

(裏面)

世帯調書

支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する者）

|              |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |                                                                                    |
|--------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-------|------------------------------------------------------------------------------------|
|              | 世帯員氏名・個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 続柄 | 生年月日  | 小児慢性特定疾病又は指定難病医療費助成に該当する場合に☑（申請中も含む）及び受給者番号                                        |
| 受診者          | 氏名         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人 | 年 月 日 |                                                                                    |
|              | 個人番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |                                                                                    |
| 医療費支給認定基準世帯員 | 氏名(ふりがな)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号（ ）<br><input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号（ ） |
|              | 個人番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |                                                                                    |
|              | 氏名(ふりがな)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号（ ）<br><input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号（ ） |
|              | 個人番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |                                                                                    |
|              | 氏名(ふりがな)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号（ ）<br><input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号（ ） |
|              | 個人番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |                                                                                    |
|              | 氏名(ふりがな)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号（ ）<br><input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号（ ） |
|              | 個人番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |                                                                                    |
|              | 氏名(ふりがな)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号（ ）<br><input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号（ ） |
|              | 個人番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |                                                                                    |
|              | 氏名(ふりがな)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 年 月 日 | <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病受給者番号（ ）<br><input type="checkbox"/> 指定難病受給者番号（ ） |
|              | 個人番号       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |       |                                                                                    |

※以下、該当者のみ記入してください

申立書兼同意書

小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請にあたり、下記のとおり相違ないことを申し立てます。  
また、必要に応じ、官公署等に対し、受給者及び支給認定基準世帯員等の資産又は収入の状況についての必要な文書の閲覧、資料の提供等を求めることに同意します。

年 月 日

寝屋川市長 宛て

申請者住所：寝屋川市

申請者氏名：

受給者氏名：

【課税証明を提出しない場合】

|                  |                          |                                                  |
|------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|
| 自己負担Ⅵ階層（上位所得）了承欄 | <input type="checkbox"/> | 世帯の課税証明を提出しないため、自己負担額上限額の階層区分が「上位所得」となることを了解します。 |
|------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|

【市民税非課税世帯で収入が82万6千5百円以下の場合】

|         |                             |                                                                 |
|---------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 収入に係る申立 | 市民税非課税世帯で該当する方のみ☑を記入してください。 |                                                                 |
|         | <input type="checkbox"/>    | 年金等、手当※による収入はありません。                                             |
|         | <input type="checkbox"/>    | 年金等、手当※による収入が以下のとおりあります。（年金等、手当※の受給金額が分かる書類の提出が必要です。）<br>年額 円   |
|         | <input type="checkbox"/>    | 年金証書等年収を証明する書類を（一部）提出しないため、自己負担上限額の階層区分が階層区分Ⅲ（低所得Ⅱ）になることを了承します。 |

※年金等とは・・・障害年金、障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、障害手当金、障害一時金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、特別障害給付金、障害補償、障害補償給付、障害給付 等  
手当とは・・・特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当、経過的福祉手当