別記第１号様式の２の７（第１条の４関係）

小児慢性特定疾病医療費支給認定記載事項変更届兼変更申請書

受給者証番号	負担者番号									患者氏名	
	受給者番号										

以下の欄は、変更事項のみ記入してください。

変更年月日	年　月　日

変更事項	受診者	フリガナ		性別	生年月日
		氏　名		男・女	年　月　日生（満　歳）
		個人番号			
		住　所	〒　―　電話番号		
			東京都　区郡 市町村　丁目　番　号		
	保険	種　類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保・生保　（退職被保険者）		本人・家族
		記　号	番号	保険者番号	
	世帯構成			所得階層区分	
	病名	1	2	3	
	自己負担額に関する特例（※）	該当する場合、当該項目に○をつけてください。	重症申請　・　人工呼吸器等装着　・　高額かつ長期　・　世帯内按分		
	受診医療機関	名　称		名　称	
		所在地		所在地	
		名　称		名　称	
		所在地		所在地	
	申請者	ふりがな		続柄	
		氏　名		父・母・その他（　）	
		個人番号			
		住所	１　受診者の住所及び電話番号と同じ場合は左の数字に○をつけ、異なる場合は下欄に記入してください。		
			〒　―　電話番号		
			東京都　区郡 市町村　丁目　番　号		

（※）○重症申請…重症認定基準を満たしている。○人工呼吸器装着…人工呼吸器等を装着している。○高額かつ長期…医療費総額が５万円／月（医療保険の自己負担割合が２割の場合、医療費の自己負担が１万円／月）を超える月が年間６回以上ある。○世帯内按分…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる。

上記のとおり変更しましたので、必要書類を添えて届け出ます。

年　月　日

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（宛先）港区長

受付欄