

受給者番号							
小児慢性特定疾病児童等	ふりがな				年齢	生年月日	
	氏名				歳	年	月 日
	居住地(住所)	〒					
	個人番号						
保護者	ふりがな				児童等との続柄	児童等の	
	氏名						
	居住地(住所)	〒 (児童等と異なる場合のみ記入)					
	個人番号						
(変更があつた事項の□に「レ」を記入し、変更後の内容を記入してください。)							
小児慢性特定疾病児童等に関する事項		変更事項	変更後の内容				
	□	ふりがな					
		氏名					
	□	居住地(住所)	〒				
	□	電話番号					
	□	加入保険	被保険者氏名		児童等との続柄	児童等の	
保険者名称				被保険者等記号・番号			
医療費支給認定基準世帯員(児童等と同じ医療保険に加入する方(住民票が別の方を含む。))に変更がある場合は、裏面を記載し提出してください。							
保護者に関する事項	□	ふりがな					
		氏名					
	□	居住地(住所)	〒				
	□	電話番号					
小児慢性特定疾病医療費支給認定の申請内容に変更があつたので、児童福祉法施行規則第7条の9第3項の規定により、上記のとおり届け出ます。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 岐阜県知事 様 <div style="text-align: right;">届出者氏名</div>							

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記入してください。  
 2 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。

※ 保健所使用欄		保健所	保健医療課
保健所名	保健所		
受理日	年 月 日		
マイナンバー連携	希望 有 ・ 無		

**支給認定基準世帯員（児童等と同じ医療保険に加入する方（住民票が別の方を含む。））**

「市町村名」欄には、1月～6月に申請する場合は前年1月1日時点、7月～12月に申請する場合は本年1月1日時点の住民票の市町村名を記載してください。

※個人番号の利用による提出書類の省略を希望しない場合は、以下の「個人番号」欄には記載しないでください。

氏名		続柄	市町村名	氏名		続柄	市町村名
フリガナ		本人					
氏名							
フリガナ				フリガナ			
氏名				氏名			
生年月日：      年      月      日				生年月日：      年      月      日			
個人番号				個人番号			
フリガナ				フリガナ			
氏名				氏名			
生年月日：      年      月      日				生年月日：      年      月      日			
個人番号				個人番号			
フリガナ				フリガナ			
氏名				氏名			
生年月日：      年      月      日				生年月日：      年      月      日			
個人番号				個人番号			
フリガナ				フリガナ			
氏名				氏名			
生年月日：      年      月      日				生年月日：      年      月      日			
個人番号				個人番号			
フリガナ				フリガナ			
氏名				氏名			
生年月日：      年      月      日				生年月日：      年      月      日			
個人番号				個人番号			