

小児慢性受給者証記載事項変更届 兼 保護者・世帯・一部負担額変更申請書

年 月 日

千葉県知事 様

保健所受理印

受給者番号

申請者住所
申請者氏名
受診者氏名
電話番号
□自宅 □母携帯 □父携帯
□その他 ()

※日中連絡のつく電話番号を記載ください

Table with columns: 項目, 変更前, 変更後 (変更箇所のみ記載してください). Rows include: 受診者氏名, 氏名保護者, 住所・連絡先, 加入保険.

●申請者全員が該当します (小児慢性特定疾病医療費の給付を受ける場合は同意が必ず必要です。)

私は、本書に記載のとおり受給者証記載事項等の変更届出・申請をします。また、当該変更にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉県が受診者の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

Table with columns: 世帯, 自己負担額, 該当する階層区分 (保健所記入欄), 世帯内受給者状況 (保健所記入欄).

添付資料

- 1. 氏名の変更: 戸籍抄本等
2. 保護者の変更: 世帯全員の住民票・健康保険証・市町村民税 (非) 課税証明書
3. 住所の変更: 世帯全員の住民票
4. 保険の変更: 新しい保険証の写し
5. 世帯の変更: 世帯全員の住民票 (変更がある場合)
6. 税額: 市町村民税 (非) 課税証明書
7. 市町村民税 (非) 課税証明書は、国保・国保組合の場合は世帯員全員 (義務教育期間の方は原則不要)...

世帯調書（医療費支給認定基準世帯員記入欄）

○国保・国保組合の方：受診者（児童等）と同一保険に加入している方全員を記入してください
 ○それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者
 ②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者
 （該当者がいる場合のみ）
 を記載してください。なお、受診者については記入不要です。

カナ 氏名	続柄	生年月日	住所 (受診者と異なる場合に記入)		難病・小慢 認定の有無	現在の自己負担上限額
			旧住所 (申請する年の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合に記入)			受診者以外の受給者番号 (左欄で受診者以外に難病又は小慢にチェックがある場合のみ記入) ※新規申請中の場合は申請日を記入
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所	旧住所 □市□区 □町□村	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額 受給者番号

注1 「続柄」は受診者本人から見たものを記入してください。

注2 「難病・小慢認定の有無」は、該当するものをチェックし、受給者証又は申請書の写しを添付してください。

注3 「自己負担上限額」は、難病・小慢の認定を受けている場合に記入してください。

市町村民税が非課税の世帯（※）の方のみ、下記を記入（該当するものに☑）してください。
 （階層区分は、申請者の合計所得金額・公的年金等の収入・特別児童扶養手当等の給付の合計額により決定します。）

右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。	<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したもののほか、収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ（基準額1,250円）又は低所得Ⅱ（基準額2,500円）に決定】
	<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部省略します。【低所得Ⅱ（基準額2,500円）に決定】

※ 受診者の加入する保険が国保・国保組合の場合、加入する世帯全員の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなり、それ以外の保険の場合は、被保険者の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなります。

	追加する指定医療機関等の名称	所在地
受診を希望する 指定医療機関の追加		

小児慢性受給者証記載事項変更届 兼 保護者・世帯・一部負担額変更申請書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

千葉県知事 様

保健所受理印

受給者番号
00000000

申請者住所 △市△町3-3
申請者氏名 千葉 葉子
受診者氏名 千葉 花子
電話番号 090-0000-0000
自宅 母携帯 父携帯
その他 ()

※日中連絡のつく電話番号を記載ください

Table with columns: 項目, 変更前, 変更後 (変更箇所のみ記載してください). Rows include: 受診者氏名, 保護者氏名 (千葉 太郎), 住所・連絡先 (△市△町3-3), 加入保険 (疾病対策会社健康保険組合).

●申請者全員が該当します (小児慢性特定疾病医療費の給付を受ける場合は同意が必ず必要です。)

私は、本書に記載のとおり受給者証記載事項等の変更届出・申請をします。また、当該変更にあたり、必要があるときは受診者の医療保険上の所得区分に関する情報につき、千葉県が受診者の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

Table with columns: 世帯, 自己負担額, 該当する階層区分 (保健所記入欄), 世帯内受給者状況 (保健所記入欄). Includes tax burden amounts (2500, 10000) and insurance status options.

添付資料

- 1. 氏名の変更: 戸籍抄本等
2. 保護者の変更: 世帯全員の住民票・健康保険証・市町村民税 (非) 課税証明書
3. 住所の変更: 世帯全員の住民票
4. 保険の変更: 新しい保険証の写し
5. 世帯の変更: 世帯全員の住民票 (変更がある場合)
6. 税額: 市町村民税 (非) 課税証明書
7. 市町村民税 (非) 課税証明書は、国保・国保組合の場合は世帯員全員(義務教育期間の方は原則不要)、それ以外の保険の場合は、被保険者本人の分を提出してください。

世帯調書（世帯に変更のあった方のみ記載してください）

○国保・国保組合の方：受診者（児童等）と同一保険に加入している方全員を記載してください
 ○それ以外の保険の方：①被保険者本人及び保護者
 ②受診者と同一保険に加入している指定難病・小児慢性の受給者（該当者がいる場合のみ）
 を記載してください。なお、受診者については記載不要です。

カナ 氏名	続柄	生年月日	住所 (受診者と異なる場合に記載)		難病・小慢 認定の有無	現在の自己負担上限額
			旧住所 (申請する年の1月1日時点の住所が現住所と異なる場合に記載)			受診者以外の受給者番号 (左欄で受診者以外に難病又は小慢にチェックがある場合のみ記入) ※新規申請中の場合は申請日を記入
カナ 氏名 千葉 葉子	母	年号 昭和 57年 7月 7日	住所 旧住所 千葉 □市□区 □町□村		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額
カナ 氏名 千葉 次郎		年号 平成 30年 2月 2日	住所 旧住所 千葉 □市□区 □町□村			自己負担上限額
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所 旧住所 □市□区 □町□村			自己負担上限額
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所 旧住所 □市□区 □町□村		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 小慢	自己負担上限額
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所 旧住所 □市□区 □町□村			自己負担上限額
カナ 氏名		年号 年 月 日	住所 旧住所 □市□区 □町□村			自己負担上限額

注1 「続柄」は受診者本人から見たものを記入してください。

注2 「難病・小慢認定の有無」は、該当するものをチェックし、受給者証又は申請書の写しを添付してください。

注3 「自己負担上限額」は、難病・小慢の認定を受けている場合に記入してください。

市町村民税が非課税の世帯（※）の方のみ、下記を記入（該当するものに☑）してください。
 （階層区分は、申請者の合計所得金額・公的年金等の収入・特別児童扶養手当等の給付の合計額により決定します。）

右のチェック欄を踏まえて階層区分が決定されることについて承諾します。	<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したもののほかに、収入等はありません。 【合計金額により、低所得Ⅰ（基準額1,250円）又は低所得Ⅱ（基準額2,500円）に決定】
	<input type="checkbox"/> 今回書類を提出したものの他に収入等がありますが、それらを証明する書類を一部又は全部省略します。【低所得Ⅱ（基準額2,500円）に決定】

※ 受診者の加入する保険が国保・国保組合の場合、加入する世帯全員の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなり、それ以外の保険の場合は、被保険者の市町村民税が0円の場合に非課税扱いとなります。

	追加する指定医療機関等の名称	所在地
受診を希望する 指定医療機関の追加		