様式第4号

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受診者	ふりがな		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	個人番号		年齢	歳
	受給者番号			
	ふりがな			
	住　所			
保護者（受給者）	ふりがな		受診者との関係	
	氏　名			
	個人番号			
	ふりがな			
	住　所 （児童と異なる場合に記入）			

変更のある事項に☑	事　項		変更前	変更後
	□	児童に関する事項 （氏名・住所・生年月日等）		
	□	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号等）		
	□	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・保険者所在地・受診者と同一の加入者等）		
	□	医療保険の適用区分		
	□	その他の事項		
備　考				

私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書及び小児慢性特定疾病医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

年　月　日

届出者氏名
（保護者・受給者）

鳥取県　　事務所長

※　指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・高額かつ長期・重症患者認定）及び疾病名の変更については、支給認定の変更を行うため、支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。