

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				

(変更があった事項の□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	<input type="checkbox"/>	変更事項	変更後の内容			
	<input type="checkbox"/>	ふりがな				
	<input type="checkbox"/>	氏名				
	<input type="checkbox"/>	居住地(住所)	〒			
	<input type="checkbox"/>	電話番号				
	<input type="checkbox"/>	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、世帯調書(第2号様式の6の2)を提出してください。						
保護者に関する事項	<input type="checkbox"/>	ふりがな				
	<input type="checkbox"/>	氏名				
	<input type="checkbox"/>	居住地(住所)	〒			
	<input type="checkbox"/>	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ったので、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。

年 月 日

岐阜県知事 様

届出者氏名

- 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。

○受給者証の疾病名表示の同意について 受給者証に疾病名が表示されることについて同意します。 ※同意されない場合は疾病番号のみ表示されます。	はい ・ いいえ
---	----------

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

代理人（成年患者で本人以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出の代行のみの場合は不要

		委任状			年 月 日			
岐阜県知事 様	委任者 (患者)	住所	_____			_____		
		氏名	_____			_____		
私は下記の者を代理人として、小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に関する権限を委任します。								
	代理人	住所	〒	—	TEL	—	—	
		氏名	_____			[委任者との関係		_____]

- ※ 代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認できる身分証明書等をご持参ください。
- ※ 委任状が提出された場合、受給者証又は不認定通知は代理人あてに送付します。