

様式第8号		☐ 情報連携する (※1)		☐ 情報連携しない		受給者番号						変更	
小児慢性特定疾病医療費支給認定変更申請書 兼 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				年齢
	氏 名								年 月 日				歳
	個人番号 ☐ 提供済みの 個人番号と同じ												
	住 所		〒 三重県 -										
申請者・届出者 (保護者)	ふりがな								受診者 との関係	☐ 父 ☐ 母			
	氏 名									☐ その他 ()			
	住 所 (児童と異なる場 合に記入)		〒 三重県 -										
	個人番号 ☐ 提供済みの 個人番号と同じ										電話	(自宅)	
										(日中連絡先)			
変更のある事項に☑(※2)	事 項		変 更 前						変 更 後				
	☐	☆自己負担上限月額 (所得区分・人工呼吸器 等装着・高額かつ長期・ 世帯内按分等)											
	☐	☆その他											
	☐	受診者に関する事項 (氏名・住所・個人番号)											
	☐	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号・ 個人番号)											
	☐	加入医療保険に関する事項 (記号・番号・保険者 名・受診者と同一の加入 者等)											
	☐	医療保険の適用区分											
	☐	支給認定基準世帯員に 関する情報 (氏名・個人番号)											
	☐	その他											
変更年月日		年 月 日											
備 考													
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費医療受給者証等に 記載された事項の変更について、上記のとおり申請（届出）します。また、申請（届出）書 に記入した内容については、事実と相違ありません。 年 月 日 申請者・届出者（保護者）氏名 _____ (※3) 三重県知事 あて											受付欄		

※1 該当者全員の個人番号を記載いただき、「情報連携する」にチェックすることで、住民票、市町村民税所得課税証明書及び医療保険の資格情報が確認できる資料の提出を省略できます。ただし、届出の場合、市町村民税所得課税証明書及び医療保険の資格情報が確認できる資料の省略はできません。

※2 変更事項欄の☆印付きの事項については申請、その他は届出となります。

※3 申請者・届出者（保護者）氏名については、被用者保険で被保険者が非課税の場合、収入の高い保護者（成年患者の場合は本人）を申請者として記入ください。

※4 受給者証（又は登録者証）記載事項に変更がある場合は、現在ご利用中の受給者証（又は登録者証）を添付してください。

※5 その他、変更箇所に応じて必要書類が異なりますので、裏面の注意書きを参考に添付資料を整えてください。

※6 登録者証の記載事項変更届に該当する場合は、「受診者」を「要支援者」と読み替えます。

裏面も記載してください

（裏面）

○世帯調書

支給認定基準世帯員（受診者及び受診者と同じ医療保険に加入している方）について記入してください。

支給認定基準世帯員氏名	受診者 との 続柄	年 齢	医療保険の種別 （該当する ものに○）	市町村 民税の 申告	受給資格の有無		1月1日現在の 住所所在地 （現住所と異なる 場合のみ記入）	保健所使用欄 課税年額
個人番号					特定 医療費	小児慢性 特定疾病		
受診者本人			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無		都道府県 市区町村	
申請者・届出者（保護者）本人			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
			国保・国組・後期 被(本人)・被(家族) 生保	有・無	有・無	有・無	都道府県 市区町村	
合計課税年額								
決定階層								

○非課税収入申告書

保護者のうち最も収入が多い方の収入金額について記入してください。
なお、下の表に記入されているもの以外の収入（児童手当等）については記入する必要はありません。

保護者氏名（最も収入が高い方）

下記の収入の有無	有（以下、該当するものに○印を付してください） ・ 無	収入金額（※7）
1 年金	障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、寡婦年金、障害年金	年額 円
2 手当金	福祉手当、障害手当金、特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当	年額 円
3 その他	障害一時金、特別障害給付金、労災・公務災害による障害補償給付等、障害給付、障害補償、障害による特別年金給付	年額 円

※7 記入する収入金額…1月から6月の申請一前々年（1月から12月まで）の収入金額
7月から12月の申請一前年（1月から12月まで）の収入金額

受診者住所以外の宛先に受給者証の送付を希望される場合は、
下記にご記入ください。

〒	
住 所	
ふりがな	
氏 名	受診者との 続柄
電話番号	

保健所使用欄	
<個人番号確認> 来庁者 ☐ 本人 ☐ 代理人 番号確認（申請者） ☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票 身元確認（来庁者） ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 身体障害者手帳 ☐ 健康保険証＋住民票 ☐ その他（ ）	確認者
<医療保険の資格情報確認> ☐ マイナポータル「資格情報画面」 ☐ 資格確認書 ☐ 健康保険証	

（注意）

- 氏名の変更の場合は、戸籍抄本又は氏名を証する書類を添付してください。
- 住所の変更の場合は、住民票又は住所を証する書類を添付してください。
- 個人番号変更の場合は、個人番号が確認できる書類及び身元が確認できる書類を添付してください。
- 保険者及び記号・番号・枝番が変更になった場合は、医療保険の資格情報が確認できる資料、同意書及び保険者への所得区分確認のための必要書類と一緒に提出してください。
※保険者への所得区分確認のための必要書類は、保険者、所得等に応じて異なりますので、詳細は各保健所へお問い合わせください。
- 自己負担上限月額の変更の場合は、それぞれの申請にかかる書類を添付してください。