



小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

年 月 日

西宮市保健所長 様

(申請者) 〒

住所

氏名

電話番号 ( - - )

受診者(児童)との続柄( )

私は、小児慢性特定疾病医療費の支給を申請します。  
なお、支給認定にかかる世帯の住民票記載事項及び私の収入及び世帯に属する市民税等を西宮市保健所が確認することに同意し、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

受診者 (児童)	受給者番号								
	フリガナ								生年月日
	氏名								年 月 日

変更する項目のみ記入してください

		変更前	変更後
受診者 (児童)	フリガナ		
	氏名		
	住所・電話番号	〒 - 西宮市 電話番号( - - )	〒 - 西宮市 電話番号( - - )
保護者	フリガナ		
	氏名		
	住所・電話番号	〒 - 西宮市 電話番号( - - )	〒 - 西宮市 電話番号( - - )
加入医療保険	被保険者	受診者(児童)との続柄 ( )	受診者(児童)との続柄 ( )
	加入医療保険者	名 称: 保険者番号:	名 称: 保険者番号:
	被保険者証の記号・番号	(記号) (番号)	(記号) (番号)
備考			

支給認定 基準世帯員  ※受診者と同じ医療 保険に加入する者	①氏名 :	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 ( ) 収入(年収)額 _____ 円
	個人番号		
	②氏名 :	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 ( ) 収入(年収)額 _____ 円
	個人番号		
	③氏名 :	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 ( ) 収入(年収)額 _____ 円
	個人番号		
	④氏名 :	続柄	【市民税非課税の方のみ記入ください(※1)】 年金・手当の種類 ( ) 収入(年収)額 _____ 円
	個人番号		
<p>※1・・・障害年金・遺族年金・寡婦年金・特別障害者手当・障害児手当・ 経過的福祉 手当・特別児童扶養手当を受給されている方は、 年金・手当の種類及び年収額を記入ください。 受給していない方は、収入額欄に0円と記入ください。</p> <p>※2・・・市町村民税が未申告の方(15歳以下及び高校生を除く)は、 必ず市町村民税の申告をお願いします。</p> <p>※3・・・①国民健康保険組合の保険証を使用する場合、②健康保険組合・ 共済組合・全国健康保険協会の保険証を使用する場合で被保険者が 非課税の場合は、市県民税の課税証明書が必要な場合があります。</p>			
証明書を提出しない 者	自己負担区分「上位所得」となることを了承し、課税年額等の証明書を提出しません。  申請者氏名		