特定医療費(指定難病)受給者証等記載事項変更届																		
		受給者番号																
受	フリガナ			年				11	歳			生年月日						
診	氏 名								齢		灵			年		月	日	
者	居住地								1		1		電話番号					
保	フリガナ											受診者との		<u> </u>				
	氏 名			関 係														
護者	居住地			電話					電話番号									
		変更前						変	更	後								
変更		受診者に関する事項 (氏名・居住地 ・電話番号等)																
のある		保護者に関する事項 (氏名・居住地 ・電話番号等)																
事項		被保険者証に 関する事項 (記号及び番号 ・保険者名等)																
にレ卵		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」 に関する事項 (氏名)																
		その他の事項																
備考																		
	愛媛県知事様											年	J.	]		日		
届出者氏名																		

- 注1 届出者について、受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要。
  - 2 保護者の居住地及び電話番号は、受診者本人と異なる場合に記入。
  - 3 指定医療機関、自己負担上限額(所得区分、人工呼吸器・体外式補助人工心臓装着者、高額かつ長期)及び 指定難病の名称の変更は、特定医療費(指定難病)支給認定申請書(変更)に記載し申請すること。

	世帯員変更〔 有 · 無 〕年度課	税 〔有・無〕※社保のみ	保険加入〔有・無〕※生保のみ	
保健所記入欄	本人(又は保護者)年収 □80万円超 (□障害年金あり □遺族年金あり □その他収入あり(	□80 万円以下 ※ □特別障害者手当あ	B1又はB2に変更予定の場合のみ り □特別児童扶養手当あり ) □その他収入なし	)