

小児慢性特定疾病医療受給者証

変更
返納
届

福岡市長殿

小児慢性特定疾病医療受給者証について、下記のとおり

変更
返納

を届出いたします。

記

個人番号											<input type="checkbox"/>
申請者住所	〒 (Tel)										
申請者氏名						受診者との続柄					
受給者番号				個人番号							
受診者住所	〒 (Tel)										
受診者氏名						指定医療機関名					

(1)変更

変更内容	1. 住所 2. 氏名 3. 医療保険 4. その他()										
	新										
	旧										

(添付資料) 住所・氏名の変更は、変更の確認ができるもの。医療保険の変更は、保険証の写しを添付してください。

(2)返納

返納理由	1. 治ゆ 2. 転居 3. 年齢到達 4. その他()										
返納理由発生年月日	年 月 日										

- ・市外転出の場合は、当市で資格喪失となりますので、医療受給者証の返納と新住所地での申請が必要となります。
- ・住所変更の場合、申請者住所は、新住所を記載してください。

子ども健やか課処理欄

年 月 日		
課長	係長	係員

保第 号 進達 年 月 日

年 月 日		
課長	係長	係員

保健所受付印

--

職員確認欄

(1点確認書面) 個人番号カード 住基カード(写真付) 運転免許証, 運転経歴証明書 旅券 身障手帳, 療育手帳, 精神保健福祉手帳
在留カード, 特別永住者証明書 その他()
 (2点確認書面) 住基カード(写真なし) 公的医療保険・被保険者証 年金手帳 児童扶養手当証明書, 特別児童扶養手当証書
その他() その他()

●委任状(手続きをする方が、申請者と異なる場合は申請者が記載してください。)

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)に規定される、個人番号の提供を伴う変更の届(児童福祉法施行規則第7条の9第3項)について、下記の者に委任します。

年 月 日

○ 委任者(申請者)

氏名 生年月日 年 月 日

住所

○ 受任者(手続きをする方)

氏名 生年月日 年 月 日

住所