様式第７号（第５条関係）（用紙　日本産業規格Ａ４縦型）

受給者番号

特定医療費（指定難病）支給認定申請事項変更届出書

届出者	受診者	フリガナ				電話番号		
		氏名				－　　－		
		住所 (住所変更の場合は前住所)	郵便番号　　－			1月1日現在の住所所在地 都・道　府・県　市・区　町・村		
	保護者	受診者が18歳未満の場合のみ、保護者欄に記入してください。						
		フリガナ				受診者との関係		
		氏名						
		住所	郵便番号　　－			電話番号 －　　－		
変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。	受診者	□	フリガナ		□	性別		
			氏名			男・女		
		□	個人番号					
		□	住所	郵便番号　　－				
		□	自宅電話番号	-　　-	□	携帯電話番号	-　　-	
	保護者	□	フリガナ		□	受診者との関係		
			氏名					
		□	個人番号					
		□	住所	郵便番号　　－				
		□	自宅電話番号	-　　-	□	携帯電話番号	-　　-	
	加入医療保険	□	保険者名（称）					
		□	生活保護受給の有無	有　・　無				
		※生活保護を受給している場合：医療保険加入の有無　有　・　無						
		□	記号・番号 （被保険者番号）		□	保険種別	国保（組合）・後期組合・協会けんぽ・共済その他（　　）	
	支給認定基準世帯員	□	追加・削除	氏名				
				1月1日現在の住所所在地	都・道　府・県　市・区　町・村		続柄	
				個人番号				
		□	追加・削除	氏名				
				1月1日現在の住所所在地	都・道　府・県　市・区　町・村		続柄	
				個人番号				
		□	追加・削除	氏名				
				1月1日現在の住所所在地	都・道　府・県　市・区　町・村		続柄	
				個人番号				

上記のとおり、支給認定の申請事項に変更があったので届け出ます。

年　　月　　日

静岡県知事　様

注１　変更のない事項については、記入は不要です。

２　１月１日現在の住所所在地について、１月から６月までに届け出る場合は前年の１月１日在住の市区町村、７月から12月までに届け出る場合は当年の１月１日在住の市区町村を記入してください。