

小児慢性特定疾病医療受給者証記載事項変更届

令和 年 月 日

吹田市長宛

保護者(被保険者等)氏名

下記のとおり、記載事項に変更がありましたので、届け出ます。

Table with 5 columns: Recipient, Recipient Number, Name, Birth Date, and Address/Phone Number. It includes rows for the recipient and the guardian/insured person.

<変更があった事項に☑を付け、変更内容を記入してください。>

Table for change items with columns: Item, Before Change, and After Change. It includes checkboxes for name, guardian name, address, medical insurance, and other benefits.

(添付書類)

- ・小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
・(医療保険の変更をしたとき)支給認定基準世帯員の健康保険証の写し ほか

市記入欄

Table for city input fields including application date, recipient, application method, and attached documents.

