

※区役所で使用しますので記入は不要です。

第5号様式

公費負担者番号	5	2	1	4				
受給者番号 ※								

No.	※
決裁番号	※

小児慢性特定疾病医療 医療機関追加・変更届

(届出先) 横浜市 長

年 月 日

受給者 (対象児童)	フリガナ							性別	生年月日	年 月 日 (満 歳)
	氏名 (個人番号) ()							男・女		
	住所	〒 - 横浜市 区 (マンション・アパート名、室番号)						電話番号	()	
	受給者番号							病名		
	受診医療機関名									
	給付決定期間	年 月 日 から 年 月 日 まで								

届出者	氏名 (個人番号) ()		受給者との続柄	1 父 2 母 3 その他 ()	
	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ ※受給者と同居の場合は住所・電話番号の記入は省略できます。左の枠内にレ印をしてください。				
	住所	〒 - 横浜市 区 (マンション・アパート名、室番号)			電話番号

2 受診医療機関を追加・変更する場合

年 月 日から医療機関を次のとおり【追加・変更】しますので届け出ます。

※追加・変更する医療機関で給付を受けられるのは、すでに給付を受けている医療機関の給付決定期間の残存期間です。

追加・変更する医療機関	住所				
	医療機関名				
	電話番号				
追加・変更する医療機関	住所				
	医療機関名				
	電話番号				
追加・変更する医療機関	住所				
	医療機関名				
	電話番号				
追加・変更する医療機関	住所				
	医療機関名				
	電話番号				