

新旧対照表

○高知県小児慢性特定疾病要支援者証明事業実施要綱（抜粋）

新	旧
<p style="text-align: center;">高知県小児慢性特定疾病要支援者証明事業実施要綱</p> <p>第1～第4 略</p> <p>第5 登録者証の交付の決定</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 審査の結果、基準を満たさないと判定された場合には、その旨を記載の上、申請者に支給認定要綱に定める却下の通知書（様式第5号）を交付するものとする。</p> <p>(3)・(4) 略</p> <p>(5) 登録者証の交付を受けた者が死亡したとき、その他登録者証を必要としなくなったときは、県は、受給者に対して、速やかに登録者証を返還するよう求め、支給認定要綱に定める転帰届（様式第10号）を提出させるなど適切に対応するものとする。</p> <p>第6 登録者証の記載事項の変更</p> <p>登録者証の交付を受けた者は、その氏名を変更する必要があるときは、支給認定要綱に定める小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届（様式第6号）に変更を証明する書類を添付の上、県に申請するものとする。</p> <p>第7・8 略</p> <p style="text-align: center;">附則</p> <p>この要綱は、令和6年4月2日から施行し、令和6年4月1日から適用する。</p> <p style="text-align: center;"><u>附則</u></p> <p><u>1 この要綱は、令和8年3月2日から施行し、同月1日から適用するものとする。</u></p> <p><u>2 従前の様式による用紙が現にある場合は、当分の間、これを取り繕って使用することができるものとする。</u></p> <p>様式第1号 略</p> <p>様式第1号（支給認定要綱） 略</p> <p>様式第5号（支給認定要綱） 略</p>	<p style="text-align: center;">高知県小児慢性特定疾病要支援者証明事業実施要綱</p> <p>第1～第4 略</p> <p>第5 登録者証の交付の決定</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 審査の結果、基準を満たさないと判定された場合には、その旨を記載の上、申請者に支給認定要綱に定める却下の通知書（様式第6号）を交付するものとする。</p> <p>(3)・(4) 略</p> <p>(5) 登録者証の交付を受けた者が死亡したとき、その他登録者証を必要としなくなったときは、県は、受給者に対して、速やかに登録者証を返還するよう求め、支給認定要綱に定める転帰届（様式第11号）を提出させるなど適切に対応するものとする。</p> <p>第6 登録者証の記載事項の変更</p> <p>登録者証の交付を受けた者は、その氏名を変更する必要があるときは、支給認定要綱に定める小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届（様式第7号）に変更を証明する書類を添付の上、県に申請するものとする。</p> <p>第7・8 略</p> <p style="text-align: center;">附則</p> <p>この要綱は、令和6年4月2日から施行し、令和6年4月1日から適用する。</p> <p>様式第1号 略</p> <p>様式第1号（支給認定要綱） 略</p> <p>様式第6号（支給認定要綱） 略</p>

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号				
受診者	フリガナ	年齢	生年月日	
	氏名	歳	年 月 日	
	個人番号			
	住所	〒		
保護者	フリガナ	受診者との関係		
	氏名			
	個人番号			
	住所			〒
変更のある事項に	事項		変更前	変更後
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名、住所、生年月日等)		
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名、住所、電話番号等)		
	<input checked="" type="checkbox"/>	加入医療保険に関する事項(記号番号、保険者名、受診者同一の加入者等)		
	<input type="checkbox"/>	その他の事項		
備考				
私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書、小児慢性特定疾病医療受給者証及び小児慢性特定疾病登録者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。			受付印	
届出者氏名				
年 月 日				
高知県知事 様				

※ 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）に増減がある場合は、「様式第2号 世帯調書」を必ず添付すること。  
 ※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分、人工呼吸器等装着、高額かつ長期、重症患者認定）及び疾病の追加については、支給認定の変更を行うため、「様式第1号 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（変更）」に記載し申請すること。

小児慢性特定疾病医療受給者証等記載事項変更届

受給者番号				
受診者	フリガナ	年齢	生年月日	
	氏名	歳	年 月 日	
	個人番号			
	住所	〒		
保護者	フリガナ	受診者との関係		
	氏名			
	個人番号			
	住所			〒
変更のある事項に	事項		変更前	変更後
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名、住所、生年月日等)		
	<input type="checkbox"/>	保護者に関する事項 (氏名、住所、電話番号等)		
	<input type="checkbox"/>	加入医療保険に関する事項(記号番号、保険者名、受診者同一の加入者等)		
	<input checked="" type="checkbox"/>	医療保険の適用区分		
	<input type="checkbox"/>	その他の事項		
備考				
私は、小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書、小児慢性特定疾病医療受給者証及び小児慢性特定疾病登録者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。			受付印	
届出者氏名				
年 月 日				
高知県知事 様				

※ 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）に増減がある場合は、「様式第3号 世帯調書」を必ず添付すること。  
 ※ 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分、人工呼吸器等装着、高額かつ長期、重症患者認定）及び疾病の追加については、支給認定の変更を行うため、「様式第1号 小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書（変更）」に記載し申請すること。