

指定難病登録者証記載事項変更届

要 支 援 者	フリガナ			生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和
	氏 名				年 月 日
	住 所	〒 —		電話番号	— —
保 護 者	フリガナ			要支援者 との続柄	
	氏 名				
	住 所	〒 —		* 要支援者と異なる場合に記入してください。	
変 更 事 項	要支援者の 変更後の氏名	フリガナ			
		氏 名			
送 付 先	<input type="checkbox"/> 要支援者 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 上記以外	* 要支援者または保護者以外に送付先を指定する場合にご記入ください。 〒 — 氏名 ( 要支援者との続柄 )			
上記のとおり、指定難病登録者証に記載された事項の変更について届け出ます。 佐賀県知事 様 年 月 日 〒 — 届出者住所 氏名 ( 要支援者との続柄 ) 電話番号 — —					保健福祉事務所受付印

※ 要支援者が18歳未満の場合、保護者欄にご記入ください。また、申請者も保護者となります。  
 ※ マイナンバー情報連携を活用している場合は、届出不要です。