

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受給者番号								
受診者	フリガナ				性別	生年月日		年齢
	氏名				男・女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日	歳
	フリガナ							
	住所	〒 -						

【受診者が18歳未満の場合は必須記入】

保護者	フリガナ			受診者との関係
	氏名			
	フリガナ			
	住所	〒 -		

【変更事項記入欄】

変更する事項に☑		変 更 前		変 更 後	
受診者	<input type="checkbox"/> 氏名 変更日 年 月 日				
	<input type="checkbox"/> 住所 変更日 年 月 日	〒 -		〒 -	
	<input type="checkbox"/> 電話番号 変更日 年 月 日	-		-	
保護者	<input type="checkbox"/> 氏名 変更日 年 月 日			続柄	
	<input type="checkbox"/> 住所 変更日 年 月 日	〒 -		〒 -	
医療 保険	裏面に記載のとおり				
支給認定基準 世帯員					

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給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。

令和 年 月 日

届出者 住所 _____

氏名 _____ 印（記名押印 又は 自署）

佐賀県知事 様

御提出いただいた個人情報は、特定医療費(指定難病)の支給認定に係る事務においてのみ利用し、法令等の規定による場合を除き、他の目的に利用したり、第三者に提供することはありません。

