

登録者証(小児慢性特定疾病) 記載事項変更届

受給者番号 (医療費助成)							
要 支 援 者	フリガナ					生年月日	
	氏名					年 月 日	
	居住地					電話番号	— —
申 請 者	氏名					要支援者との続柄	
	居住地・電話番号は、要支援者本人と異なる場合に記入してください。						
	居住地					電話番号	— —
<p>私は、上記のとおり届け出ます。</p> <p>申請者氏名 _____</p> <p>_____ 年 月 日 熊本県知事 様</p>							

- * 書面交付を受けている方で、要支援者の氏名が変わった場合に届け出てください。(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。)
- * 登録者証(小児慢性特定疾病)及び氏名変更が確認できる書類(住民票、戸籍抄本等)を添付してください。

<保健所受付印>	<県庁受付印>
----------	---------

登録者証(小児慢性特定疾病) 記載事項変更届

受給者番号 (医療費助成)		1	2	3	4	5	6	7	
要 支 援 者	フリガナ	クマモト			ハナコ			生年月日	
	氏名	熊本			花子			令和 ● 年 ● 月 ● 日	
	居住地	八代市●●●町1-2-3					電話番号	090 - ●●●● - ××××	
申 請 者	氏名	熊本			太郎			要支援者との続柄	父
	居住地・電話番号は、要支援者本人と異なる場合に記入してください。								
	居住地						電話番号	— —	
<p>私は、上記のとおり届け出ます。</p> <p>申請者氏名 熊本 太郎</p> <p>令和 ● 年 ● 月 ● 日 熊本県知事 様</p>									

- * 書面交付を受けている方で、要支援者の氏名が変わった場合に届け出てください。(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。)
- * 登録者証(小児慢性特定疾病)及び氏名変更が確認できる書類(住民票、戸籍抄本等)を添付してください。

<保健所受付印>	<県庁受付印>
----------	---------