

登録者証（指定難病）記載事項変更届

要 支 援 者	フリガナ			生 年 月 日	年	月	日	年 齢	歳
	氏名								
	住所	〒 ー 区 熊本市		TEL ()					
保 護 者	フリガナ			要 支 援 者 と の 続 柄					
	氏名								
	住所 <small>(要支援者と 違う場合のみ 記載)</small>	〒 ー 区 熊本市		TEL ()					
変 更 事 項	要支援者の氏名		変 更 後						
			フリガナ						
			氏名						
<p style="text-align: center;">上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>熊本市長 様</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">※ 要支援者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります。</p>									

※書面により交付された「登録者証（指定難病）」を併せてご提出ください。

※マイナンバー情報連携のみを活用している場合は、届出不要です。