

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	
	住所	熊本市 区				電話番号	— —
申 請 者	氏名					要支援者との続柄	
	住所・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。						
	住所	熊本市 区				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 熊本市長 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)を添付してください。

〈区役所受付印〉