

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		
	住所	熊本市 中央 区 手取本町1番1号					電話番号	090 — ●●●● — ××××	
申 請 者	氏名	熊本			太郎		要支援者との続柄		父
	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 熊本 太郎</p> <p>_____ 令和 ● 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〉