第６号様式

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証記載事項変更届

受給者	受給者番号		承認期間	年　月　日から 年　月　日まで	
	氏　名			性別	男 ・ 女
	生年月日	大・昭・平・令　　年　月　日			
	住　所	〒　－			

変更事項	旧	新

変更を必要とする理由	（医療機関の変更の場合は、初診日を必ず記入のこと。）

上記のとおり記載事項を変更したので届け出ます。

年　月　日

京都府知事　様

申請者　住　所　〒　　―

氏　名

受給者との続柄（　　）

電　話（　　）　　－