

登 録 者 証 (指 定 難 病) 変 更 届

要 支 援 者 (※1)	フリガナ		年 齡	歳	生 年 月 日
	変更前氏名				大 正 昭 和 平 成
	住 所				

フリガナ	
変更後氏名	
変更日	年 月 日

私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。(※2)

届出者氏名

年 月 日

京都府知事 様

受付印

※1 登録者証の交付を受けている者

※2 住民票の写し、運転免許証、マイナンバーカード(両面)のいずれかのコピーを添付してください。