様式第２２号(第17条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定難病要支援者証明書(登録者証)記載事項変更届 | | | | | | | | | | |
| 要支援者 | フリガナ |  | | 年齢 | | | 歳 | | 生年月日 | |
| 氏名 |  | | 明・大・昭・平・令  年　　　月　　　日 | |
| フリガナ |  | | | | | 電話番号 | ―　　　　　― | | |
| 住所 | 〒 | | | | |
| 保護者(要支援者が１８歳未満の場合に記入) | フリガナ |  | 生年月日 | | | | 要支援者  との関係 |  | | |
| 氏名 |  | 明・大・昭・平・令  年　　月　　日 | | | |
| フリガナ |  | | | | | 電話番号 | ―　　　　　― | | |
| 住所 | □住所、電話番号は要支援者と同じのため省略(該当する場合は) | | | | |
| 受給者番号  (特定医療費(指定難病)の受給者でない場合は記載不要) | |  | | | | | | | | |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 変更事項  （氏　名） | | 変更前 | | | | 変更後 | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| 備考 | |  | | | | | | | | 窓口確認欄 |
| 私は、指定難病要支援者証明書(登録者証)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。 | | | | | | | | | |
| 届出者氏名  　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　　福岡県知事　殿 | | | | |  | | | | |

★以下の注意事項を参照の上、ご記入ください。

(注意事項)

※1　住民票の写し等を添付すること。