

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	明・大・昭・平 年 月 日		
	住所	(〒 —)		
変更事項	新	旧		
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 () —				