

# 登録者証（指定難病）変更・返還届出書

(宛先) 京都市長		年                      月                      日				
届出者の住所 〒  京都市                      区  (電話)                      ー		届出者の氏名   ※ 要支援者が18歳未満の場合は保護者が届出者となります。      続柄 (                      )				
<b>登録者証の内容の変更・返還について、届け出ます。</b> ・ 届出内容について、京都市が保有している公簿（住民基本台帳）等で事実確認することに同意します。 ・ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を速やかに行います。						
要支援者	住所	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ（届出者と同じ場合は口にチェックしてください。） 〒                      ー		電話	ー	
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ （届出者と同じ場合は口にチェックしてください。）	年齢	歳	生年月日	年                      月                      日
	氏名 <small>（変更の場合、 変更後の氏名）</small>					
個人番号（マイナンバー） <small>（変更の場合、変更後の個人番号）</small>						
送付先	住所 <small>（変更の場合、 変更後の住所）</small>	〒                      ー		電話	ー	
	フリガナ			要支援者 との関係		
	氏名 <small>（変更の場合、 変更後の氏名）</small>					
（ 該 更 当 ・ す 返 還 内 容 に 容 ）	<input type="checkbox"/> 氏名変更  <input type="checkbox"/> 個人番号（マイナンバー）の変更  <input type="checkbox"/> 返還（死亡・不要・その他）  <input type="checkbox"/> 送付先の変更					
変更・返還 年月日	年                      月                      日					

受付印