

## 指定難病登録者証変更・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>指定難病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□にチェックしてください。） 〒                      ー		電話	ー
	フリガナ			年齢	歳
	氏名 <small>(変更の場合、 変更後の氏名)</small>	<input type="checkbox"/> 届出者と同じ （届出者と同じ場合は□にチェックしてください。）			
	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 当 ・ す 返 還 内 容 に 関 し て)	<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