

障害者自立支援医療特別対策事業受給者証等記載事項変更届

受診者	フリガナ		生 年 月 日																	
	氏 名		年 月 日																	
	フリガナ		個人番号																	
	住 所		電話番号	—																
受給者番号																				
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで																		
変更内容	事 項	変 更 前							変 更 後											
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)																			
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)																			
身体障害者手帳番号																				
備 考																				
障害者自立支援医療特別対策事業受給者証及び障害者自立支援医療特別対策事業支給認定申請書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																				
(あて先) 京都市長																				