

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
	フリガナ		電話番号	— —	
	住所	〒			
保 護 者 (要 支 援 者 が 1 8 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		
	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。