

登録者証（指定難病）変更届

要支援者	氏名		歳	受給者番号															
	生年月日	年	月	日	年齢														歳
	居住地 (住所)	〒 -																	
	電話番号	-	-		個人番号														
未満の保護者 (患者が18歳未満の場合記載)	氏名				患者との 関係(続柄)														
	居住地 (住所)																		
	電話番号	-	-		個人番号														
要支援者	事項	変更後の内容																	
	フリガナ																		
	氏名	(旧氏名)																	
<p>私は、登録者証の申請内容に変更があったので、上記のとおり届け出ます。</p> <p>岐阜県知事 様 年 月 日</p> <p>届出者 区分 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 代理人</p> <p>氏名 _____</p> <p>登録者証送付先 <input type="checkbox"/> 患者居住地 <input type="checkbox"/> 保護者居住地 <input type="checkbox"/> 下記へ送付</p> <p>〒 -</p> <p>_____</p>																			

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
 2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
 3 届出者が患者の代理人である場合は、本件の届出手続に係る患者からの委任状（任意様式）を添付してください。
 4 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。

保健所使用欄		保健所		保健医療課		
保健所名						
届出受理日	年 月 日					
送付先	患・保・代・他	委任状	有・無			

代理人（患者又は保護者以外の方）が届出を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出の代行のみの場合は不要

岐阜県知事 様		委任状			
委任者 (患者又は保護者)	住所		年	月	日
	氏名			
私は下記の者を代理人として、登録者証（指定難病）変更届に関する権限を委任します。					
記					
代理人	住所	〒	—	TEL	— —
	氏名			
				[委任者との関係]

※ 代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認できる身分証明書等をご持参ください。