第４号様式

登録者証(指定難病)変更届出書

　　年　　月　　日

　　神奈川県知事殿

　　申請者　住　　所

　　　 　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患者に  ついて | （フリガナ）  氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 住所 | 〒 |

|  |  |
| --- | --- |
| **変　更　事　項** | |
| （フリガナ）  氏名 |  |

<必要書類>

住民票の写し、運転免許証、マイナンバーカード(両面)のいずれかのコピー

|  |
| --- |
| 県受理印 |
|  |