

(様式第 7 - 1)

肝炎治療受給者証申請事項変更届				
公費負担者番号			受給者番号	
受 給 者	住所 ※1	(〒 -) (電話)		
	ふりがな 氏名 ※2	生年 月日	大昭 平令	年 月 日
	病名			
変更事項		旧	新	
変更を必要とする理由				
添付書類等				
上記のとおり申請事項等の変更を届けます。 令和 年 月 日				
届出者 住所 氏名			受付印	
長崎県知事			様	

- ※1 住所変更の場合は新住所を記載してください。
- ※2 氏名変更の場合は新氏名を記載してください。