様式第4号

登録者証（指定難病）記載事項変更届

変更前	フリガナ		年 齢	生　年　月　日
	氏　　名		歳	年　　月　　日
	住　　所	〒	連　絡　先 （ＴＥＬ）	電話番号１ 電話番号２
要支援者	※変更後の内容を以下の欄に記載してください。			
	フリガナ			
	氏　　名			
申請者※	※要支援者が申請者の場合は、記入不要です。要支援者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。			
	フリガナ		要支援者との続柄	
	氏　　名			
	住　　所	〒	連　絡　先 （ＴＥＬ）	電話番号１ 電話番号２

＜委任状欄＞※要支援者以外の方（保護者を除く）が申請される場合に記入してください

私は、次の者を代理人として、登録者証認定手続きに関する権限を委任します。

年　　月　　日

代理人氏名　　要支援者氏名

茨城県知事　　殿

私は、上記のとおり、登録者証に記載された事項の変更について届け出ます。

年　　月　　日

申請者氏名

茨城県知事　　殿

【必要書類】
□要支援者の変更後の氏名が分かるもののコピー　（住民票や運転免許証など）
□84円分の切手を貼った返信用封筒（長３形　23.5×12ｃｍ）　※郵送申請の場合のみ