

変 更 届

令和 年 月 日

保 健 所 長 殿

申 請 者 住 所

(患者又は保護者) 氏 名

下記のとおり変更したいので、結核医療費公費負担決定通知書または患者票を添えて
届け出ます。

項目	変更前	変更後
(ふ り が な) 患 者 氏 名		
居 住 地		
保 健 種 別		
公費負担の受給者番号		
承 認 期 間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
変 更 予 定 日	令和 年 月 日から	