

個人番号変更届

受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住所	〒	電話番号
	個人番号		
保護者 (受診者が18歳未満の 場合記入)	フリガナ		続柄
	氏名		
	住所	〒 <input type="checkbox"/> 受診者と同じ	電話番号
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から	まで
変更前の個人番号			
<p>私は、自立支援医療支給認定申請に係る個人番号の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">岩手県知事 殿</p>			

(注) DV・虐待等被害による個人番号変更の場合、市町村はその旨を余白に記載すること。