

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業
 (愛知県肝がん・重度肝硬変患者医療給付事業)参加者証記載事項変更届(氏名等)

愛知県知事殿

申請者 住所

氏名

参加者との続柄

下記のとおり変更になりましたので届けます。

1	※※受給者番号	※※通知番号	令和 年 月 日
2	<input type="text"/>	第 <input type="text"/> 号 <input type="text"/>	申請日 <input type="text"/>
変更前	フリガナ	性別	変更事項
	参加者氏名	男・女	1 参加者氏名 2 参加者住所 3 肝炎併用
	1 フリガナ 参加者 氏名		
	2 フリガナ 住所 (県名は除く)	市区町村名	番地
	方書(マンション名)		
	郵便番号		
3	肝炎併用	核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者票の交付の有無 1.有 2.無	
変更後	1 フリガナ 参加者 氏名		
	2 フリガナ 住所 (県名は除く)	市区町村名	番地
		方書(マンション名)	
		郵便番号	
3	肝炎併用	核酸アナログ製剤治療に係る肝炎治療受給者票の交付の有無 1.有 2.無	

受付欄	※ 保健所受付印・受付番号		※ 経由印・経由年月日		※※ 県 受 付 印	
	保第	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
	保健所(保健センター) コード番号	<input type="text"/>	令和 年 月 日	<input type="text"/>		

- (注)
- 1 参加者証を添付してください。
 - 2 変更事項欄の該当項目を○で囲んでください。