予防接種健康被害救済制度

氏名等変更届出書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手帳番号 | 医・養・障 |  |  | |  |  |  |  | 変更事項 | 氏名 | 住所 |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | （変更前） | | | | | | | | | （変更後） | |
| ふりがな |  | | | | | | | | |  | |
| 氏名 |  | | | | | | | | |  | |
| ふりがな |  | | | | | | | | |  | |
| 住所 |  | | | | | | | | |  | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | |
| 変更年月日 |  | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、予防接種被害者健康手帳の記入事項に変更があったため、必要書類を添えて届出ます。 | | | | | | | | | | | |
| 令和 | 年 | | | 月 | | | | | 日 |  | |
| 文京区長　殿 | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | 届出者署名 |  | |
|  | | | | | | | | |  | （A4） | |

（注　意）

注１．「手帳番号」の欄は、手帳内の証明書頁右上に記入された、「医・養・障」の内、丸でかこまれたものを「○」でかこみ、アルファベット及び数字を右詰めで記入してください。

注２．「変更事項」の欄は、手帳に記入された事項のうち、変更する事項を「○」でかこんでください。

注３．「変更年月日」の欄は、変更が生じた年月日を記入してください。

注４．本書に変更後の氏名または住所がわかる書類（例 運転免許証の写し、住民票の写し）を添付してください。