

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。