別記様式第３号

被爆者訪問介護利用助成受給者証記載事項変更届

年　　月　　日

大分県知事殿

住　所

ふりがな
氏　名

電話番号　（　　）　　－

被爆者健康手帳番号	0							―	

私が所持する「被爆者訪問介護利用助成受給者証」の記載事項について、下記のとおり変更して下さい。

記

１　変更事項

（１）変更する事項（　　）

変更前　　→　　変更後

（２）変更理由

※　変更の事実を証明する資料を添付すること（例　住民票の写し、戸籍抄本、要介護認定等通知書）

保健所受付印