

別記第 17 号様式(第 16 条関係)

住 所 変 更 届

年 月 日

池袋保健所長

住 所

患者(保護者)氏 名

この度、下記のとおり変更したので、届け出ます。

記

新住所

旧住所

公費負担者 番号								患者 氏名	
公費負担医療 の受給者番号									
有効期間	年 月 日から				年 月 日まで				

(日本工業規格A列4番)