

登録者証（指定難病）再交付申請書

保健所長 様						
下記のとおり登録者証の再交付を申請します。						
年 月 日						
要 支 援 者 （ 患 者 ）	フリガナ				年 齢	満 歳
	氏 名				生年月日	年 月 日
	郵便番号		電 話			
	住 所					
申 請 者 （ 患 者 が 18 歳 未 満 の 場 合 の 保 護 者 等 ） ※	フリガナ				要 支 援 者 と の 続 柄	
	氏 名					
	郵便番号		電 話			
	住 所					

※患者と異なる場合に記入

申請の理由	登録者証を 1. 破った 2. 汚した 3. 紛失した 4. その他 ()
-------	---

注 1 申請の理由が登録者証を破り、又は汚した場合は、現在持っている登録者証を添付すること。

2 再交付を受けた後、紛失した登録者証を発見したときは、速やかに再交付前の登録者証を保健所へ返還すること。