

登録者証（指定難病）再交付申請書

要支援者（※）	フリガナ											生年月日	年齢	
	氏名											大正 昭和 平成 令和	年 月 日	歳
	個人番号											郵便番号	□□□-□□□□	
	住所											電話番号	(自宅) (携帯)	
病名														

申請者	<input type="checkbox"/>	要支援者と同じ												
	<input type="checkbox"/>	上記以外（下欄を記入してください。）												
	/	フリガナ											要支援者との関係	
		氏名											郵便番号	□□□-□□□□
		住所											電話番号	(自宅) (携帯)

送付先	<input type="checkbox"/>	要支援者と同じ												
	<input type="checkbox"/>	申請者と同じ（申請者が要支援者と異なる場合）												
	<input type="checkbox"/>	上記以外（下欄を記入してください。）												
	/	フリガナ											要支援者との関係	
		氏名											郵便番号	□□□-□□□□
住所												電話番号	(自宅) (携帯)	

□は該当するものにチェックをしてください。

<再交付申請の理由>

<input type="checkbox"/>	破損
<input type="checkbox"/>	汚損
<input type="checkbox"/>	紛失
<input type="checkbox"/>	その他（具体的理由： ）

私は、上記のとおり、登録者証（指定難病）の再交付を申請します。

京都府知事 様

年 月 日

申請者氏名 _____

※ 登録者証の交付を受けている者

受付印
