

登録者証（指定難病）申請書

要 支 援 者 (※)	フリガナ											生 年 月 日	年 齡	
	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。要支援者が未成年の場合は、保護者を記載してください。）												
	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。

＜マイナンバーを用いた情報連携について＞

京都府が発行する登録者証については、今後マイナンバーを用いた情報連携を予定しており、情報連携開始後は、マイナンバーカードを登録者証として利用できるようになります。以下で「マイナンバーを用いた情報連携を希望する。」と回答いただいた場合、ハローワークでの就労支援や市町村が行う障害福祉サービス等の利用時に、当該サービスを提供する公的機関がマイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。

- マイナンバーを用いた情報連携を希望する。
- マイナンバーを用いた情報連携を希望しない（書面での登録者証利用を継続）。

私は、上記のとおり、登録者証（指定難病）の発行を申請します。
京都府知事 様

年 月 日

申請者氏名 _____

※ 登録者証の交付を受けようとする者

受付印

【裏面にも記載をお願いします。】

