|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **登録者証（指定難病）再交付申請書** | | | | | | | |
| 要　支　援　者（患者） | フリガナ |  | | | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 氏　　名 |  | | | |
| 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。 | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 登録者証の再交付について、上記のとおり届け出ます。  年　　　月　　　日　　山梨県知事　殿 |