

指定難病登録者証 書面交付申請書

要 支 援 者	フリガナ		生 年 月 日		
	氏 名		年 月 日		
	フリガナ		電 話		
	住 所	(〒 -)			
申 請 者	フリガナ		要支援者 との関係		
	氏 名				
	フリガナ		電話番号		
	住 所	(〒 -)			
申 請 理 由	※該当事項に○をつけて下さい。				
	<input type="checkbox"/> マイナンバー連携を活用することができない状況にある。 <input type="checkbox"/> その他（理由を記入して下さい） <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> { } </div>				
<p>上記の理由により、指定難病登録者証の書面交付を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">奈良県知事 殿</p>					

備考

- 1 申請書は消せないボールペン等で記載して下さい。
- 2 申請者欄は、要支援者本人と申請者が異なる場合に記載して下さい
- 3 要支援者本人が18歳未満の場合、申請者欄には保護者の情報を記載して下さい。
- 4 居住地を管轄する保健所に提出して下さい。

保健所受付印
整理欄