指定難病登録者証 再交付申請書

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	※該当事項に〇をつけて下さい。
	□ 1.破　損 □ 2.汚　損 □ 3.紛　失 □ 4.その他（　　）

上記の理由により、指定難病登録者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

奈良県知事　殿

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。

登録者証を破損し、又は汚損した場合は、当該登録者証を添付してください。

保健所受付印
整理欄