

登録者証（指定難病）交付申請書

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)	

交 付 方 法	<input type="checkbox"/> マイナンバー情報連携												
	<input type="checkbox"/> 書面（マイナンバー情報連携を活用できない状況にあるときに発行可）												

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。

滋賀県知事 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

□は該当するものにチェックをしてください。