

登録者証（指定難病）再交付申請書

要 支 援 者 （※）	フリガナ											生 年 月 日			年齢	
	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	☐	要支援者と同じ															
	☐	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															
		住 所												郵便番号	□□□-□□□□		
												電話番号	(自宅) (携帯)				

送 付 先	☐	要支援者と同じ															
	☐	申請者と同じ（申請者が要支援者と異なる場合）															
	☐	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															
住 所												郵便番号		□□□-□□□□			
												電話番号	(自宅) (携帯)				

＜再交付申請の理由＞

☐ 破損
☐ 汚損
☐ 紛失
☐ その他（具体的理由：

私は、上記のとおり、登録者証（指定難病）の再交付を申請します。

滋賀県知事 様

年 月 日

申請者氏名

※ 登録者証の交付を受けている者

受付印

□は該当するものにチェックをしてください。