

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				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											郵便番号	□□□-□□□□			
		住 所											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											郵便番号	□□□-□□□□			
住 所												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、指定難病登録者証の再交付を申請します。

京都府知事 様

年 月 日

申請者氏名 _____

※ 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。