

登録者証（指定難病）申請書（新規・変更・再交付）						
要 支 援 者	受給者番号 (受給者のみ記入)			個人番号		
	フリガナ			生年月日		
	氏名			年齢	歳	年 月 日
	居住地	〒			電話番号	
指定難病	病名：					
変更の場合	変更事項： 氏名 ・ その他（ ） 変更後：					
再交付の場合	理由： 紛失 ・ 汚損 ・ その他（ ）					
登録者証の別 (該当するものにレ印)	<input type="checkbox"/>	マイナンバー情報連携				
	<input type="checkbox"/>	マイナンバー情報連携及び書面による発行				
<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>愛媛県知事 様</p> <p style="margin-left: 100px;">居住地 _____</p> <p style="margin-left: 100px;">申請者 氏名 _____</p> <p style="margin-left: 150px;">(受診者との続柄 _____)</p> <p style="margin-left: 150px;">電話番号 _____</p> <p style="font-size: x-small; margin-top: 10px;">※居住地と電話番号は、受診者本人と異なる場合のみ記入 ※受診者本人又は保護者以外の場合は、委任状が必要</p>						

* 登録者証等の送付先について（いずれか1つの□の中にレ印を付してください。）

<input type="checkbox"/> 要支援者本人			<input type="checkbox"/> 申請者			<input type="checkbox"/> その他（下記に記載）を希望する。		
氏名	受診者との続柄	住所（受診者と同居の場合は省略可）						
		〒						

* 問合せ先について（いずれか1つの□の中にレ印を付してください。）

<input type="checkbox"/> 要支援者本人			<input type="checkbox"/> 申請者			<input type="checkbox"/> その他（下記に記載）を希望する。		
氏名（フリガナ）			受診者との続柄			電話番号		
()								

《備考》

--