

登録者証（指定難病）再交付申請書

要 支 援 者	氏 名		受給者番号																
	生年月日	年 月 日	年 齡	歳															
	居 住 地 (住所)	〒 —																	
	電 話 番 号	— —	個 人 番 号																
未 保 護 者 (患者が18歳 の場合に記載)	氏 名		患者との 関係(続柄)																
	居 住 地 (住所)	〒 —																	
	電 話 番 号	— —	個 人 番 号																
再 交 付 を 申 請 す る 理 由 に ○ 印 を 付 け て く だ さ い。		破 損																	
		汚 損																	
		紛 失																	
<p>上記のとおり登録者証の再交付を申請します。                  (紛失の場合)                  再交付の後に失った登録者証を発見したときは、速やかに再交付前の登録者を岐阜県知事に返還することを誓約します。</p> <p>岐阜県知事 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>申請者 区 分    <input type="checkbox"/> 患者    <input type="checkbox"/> 保護者    <input type="checkbox"/> 代理人</p> <p>氏 名 _____</p> <p>登録者証送付先    <input type="checkbox"/> 患者居住地    <input type="checkbox"/> 保護者居住地    <input type="checkbox"/> 下記へ送付</p> <p>〒 —</p> <p>_____</p>																			

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。  
 2 登録者証の破損又は汚損による再交付の申請の場合は、当該登録者証を添付してください。  
 3 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。  
 4 申請者が患者の代理人である場合は、本件の申請手続に係る患者からの委任状（任意様式）を添付してください。  
 5 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。

保健所使用欄		保健所		保健医療課	
保 健 所 名					
申 請 受 理 日	年 月 日				
送 付 先	患・保・代・他	委任状	有・無		

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出の代行のみの場合は不要

委任状			
岐阜県知事 様			年 月 日
委任者 (患者又は保護者)	住所	_____	
	氏名	_____	
私は下記の者を代理人として、登録者証（指定難病）の再交付の申請に関する権限を委任します。			
代理人	住所 〒	記	TEL
		—	—
	_____		
	氏名	[委任者との関係	]
		_____	

※ 代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認できる身分証明書等をご持参ください。