

登録者証（指定難病）資格喪失届

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										
歳 未 満 の 場 合 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										
資 格 喪 失 の 理 由 に ○ 印 を 付 け て く だ さ い。 〔 そ の 他 〕 の 場 合 理 由 を 記 載		死 亡											
		治 癒											
		その他 ()											
<p>上記のとおり登録者証の資格喪失を届け出ます。</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

岐阜県知事 様		委任状			
委任者 (患者又は保護者)	住所		年	月	日
	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	〒	—	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。