

登録者証(指定難病)申請書

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|-------------|---|---|--|
| 要 支 援 者 | フリガナ | | | | | | | | | | | 生 年 月 日 | 大正 昭和 平成 令和 | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | 年 | 月 | 日 | |
| | 個人番号 | | | | | | | | | | | | 年 齡 | 歳 | | |
| | 住所 | 〒 — | | | | | | | | | | 電話番号 — — | | | | |
| 保 護 者 | フリガナ | | | | | | | | | | | 要 支 援 者 と の 続 柄 | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 — | | | | | | | | | | * 要支援者と異なる場合に記入してください。 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | 電話番号 — — | | | |
| 病名 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付方法 | | <input type="checkbox"/> マイナンバー情報連携 <input type="checkbox"/> 書面 (マイナンバー情報連携を活用できない状況にあるとき発行可) | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先 | | <input type="checkbox"/> 要支援者 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 上記以外 | <input type="checkbox"/> * 要支援者または保護者以外に送付先を指定する場合にご記入ください。 〒 — 氏名 (要支援者との続柄) | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、登録者証(指定難病)を申請します。 佐賀県知事 様 年 月 日 〒 — 申請者住所 氏名 (要支援者との続柄) 電話番号 — — | | | | | | | | | | | | 保健福祉事務所受付印 | | | | |

※ 要支援者が18歳未満の場合、保護者欄にご記入ください。また、申請者も保護者となります。
 ※ 障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関がマイナンバーを用いた情報連携により登録者証を確認することがあります。