様式5号

# 登録者証（指定難病）再交付申請書

<table>
<tr><td rowspan="3">要支援者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">大正　昭和　平成　令和<br>年　　月　　日<br>（　　歳）</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒　　―<br>電話番号　　―　　―</td></tr>
<tr><td rowspan="3">保護者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">要支援者との続柄</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒　　―　　＊要支援者と異なる場合に記入してください。<br>電話番号　　―　　―</td></tr>
<tr><td colspan="2">病　　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">再交付理由</td><td colspan="4">☐ 破損　☐ 汚損　☐ 紛失　☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">送付先</td><td>☐ 要支援者<br>☐ 保護者<br>☐ 上記以外</td><td colspan="3">＊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。<br>〒　　―<br>氏名　　（要支援者との続柄　　）</td></tr>
<tr><td colspan="5">上記のとおり、登録者証（指定難病）の再交付を申請します。<br>佐賀県知事　様　　年　　月　　日<br>〒　　―<br>申請者住所<br>氏名　　（要支援者との続柄　　）<br>電話番号　　―　　―</td><td>保健福祉事務所受付印</td></tr>
</table>

※ 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。
※ 登録者証（指定難病）を破損又は汚損により、再交付申請するときは、破損又は汚損した登録者証（指定難病）を添付してください。
※ 登録者証（指定難病）の再交付を受けた後、紛失した登録者証（指定難病）が見つかった場合は、速やかに保健福祉事務所へ返還してください。