|  |
| --- |
| 様式第７号 |
| 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 |  | 年齢 | 　　歳 | 生 年 月 日 |
| 氏　名 |  | 　　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） | □ | マイナンバー情報連携 |
| □ | マイナンバー情報連携及び書面による発行 |
| 　　　　　年　　　月　　　日　　愛媛県知事　様居　住　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申　請　者　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（受診者との続柄　　　　　　　）電話番号　　　　　　　　　　　　※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 |

＊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。）

|  |
| --- |
| □　要支援者本人　　□　申請者　　　　□　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。）

|  |
| --- |
| □　要支援者本人　　□　申請者　　　　□　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≫

|  |
| --- |
|  |