第５号様式

登録者証(指定難病)再交付申請書

年　　月　　日

　神奈川県知事殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

 　　　 　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 患　者 | （フリガナ）氏　　　　　名 |  |
| 生　　年　　月　　日 | 　　年　　　月　　　日　 |
| 住所 | 〒 |
| 日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可） |  |
| 再交付を申請する理由（該当するものに○印を付けてください。） | 破損　・　汚損　・　亡失　・　滅失 |

備考　再交付を申請する理由が「破損・汚損」の場合は、従前の登録者証（指定難病）を添付してください。

|  |
| --- |
| 県受理印 |
|  |