|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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≫

|  |
| --- |
|  |