

**登録者証（指定難病）
再交付申請書**

年 月 日

三重県知事 へ

申請者(要支援者)

氏名 (※1)

連絡先
電話番号

次のとおり登録者証の再交付を受けたいので申請します。

要 支 援 者	氏名			
	住所	三重県		
	生年月日	年	月	日
保 護 者 等 (※2)	氏名		要支援者との 関係	
	住所 (※3)			
再交付申請の理由 (該当する番号に○を つけて下さい)		1. 紛失		
		2. 汚損		
		3. 破損		
備考				受付欄
保健所使用欄		確認者		
来庁者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人		本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 健康保険証+所得課税証明書 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> ()+() <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 住基カード		

※1 申請者(要支援者)氏名は、要支援者本人が保護者等(患者が未成年又は成年被後見人等の理由がある場合)の氏名を記入してください。
 ※2 患者が未成年又は成年被後見人等の理由がある場合に記入してください。
 ※3 要支援者本人と異なる場合に記入してください。