

登録者証(指定難病)返納届出書

交付を受けた登録者証(指定難病)を返納したいので、次のとおり届け出ます。

年 月 日

神奈川県知事 殿

届出者 住 所

氏 名

電話番号 () -

登録者証の交付を受けている者と届出人との関係	1. 相続人 2. 本人 3. 後見人 4. その他
届 出 の 理 由 ※右の1～3に○をつけてください。 「3. その他」に該当する場合は括弧内に理由を記載してください。	1. 死亡
	2. 治癒
	3. その他 ()
登録者証の交付を受けている者の氏名	
住 所	〒
生 年 月 日	年 月 日
届 出 事 由 の 生 じ た 日	年 月 日

この返納届出書に、登録者証(指定難病)を添付してください。

県受理印