

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