

## 指定難病登録者証申請書

要 支 援 者	フリガナ											生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和		
	氏 名												年 月 日		
	個 人 番 号													年 齡	歳
	住 所	〒 —										電話番号 — —			
保 護 者	フリガナ											要 支 援 者 と の 続 柄			
	氏 名														
	住 所	〒 —										電話番号 — —		* 要支援者と異なる場合に記入してください。	
病 名															
交付方法		<input type="checkbox"/> マイナンバー情報連携のみ(紙の指定難病登録者証交付なし) <input type="checkbox"/> マイナンバー情報連携と、紙の指定難病登録者証交付の両方(紙の指定難病登録者証交付あり)													
送 付 先		<input type="checkbox"/> 要支援者 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 上記以外	* 要支援者または保護者以外に送付先を指定する場合にご記入ください。 〒 — 氏名 ( 要支援者との続柄 )												
上記のとおり、指定難病登録者証を申請します。 佐賀県知事 様 年 月 日 〒 — 申請者住所 氏名 ( 要支援者との続柄 ) 電話番号 — —												保健福祉事務所受付印			

※ 要支援者が18歳未満の場合、保護者欄にご記入ください。また、申請者も保護者となります。  
 ※ 障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関がマイナンバーを用いた情報連携により指定難病登録者証を確認することがあります。