様式5号

指定難病登録者証再交付申請書

要支援者	フリガナ		生年月日	大正　昭和　平成　令和 年　月　日 （　歳）
	氏　名			
	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	〒　— ＊要支援者と異なる場合に記入してください。 電話番号　—　—		
病　名				
再交付理由		□ 破損　□ 汚損　□ 紛失　□ その他（　）		
送付先	□ 要支援者 □ 保護者 □ 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、指定難病登録者証の再交付を申請します。 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。
※ 指定難病登録者証を破損又は汚損により、再交付申請するときは、破損又は汚損した指定難病登録者証を添付してください。
※ 指定難病登録者証の再交付を受けた後、紛失した指定難病登録者証が見つかった場合は、速やかに保健福祉事務所へ返還してください。