様式第６号

登録者証（指定難病）再交付申請書

要支援者（患者）	フリガナ			生年月日	年　月　日
	氏　名				
	郵便番号		電話		
	住　所				
申請者（患者が18歳未満の場合の保護者等）※	フリガナ			要支援者との続柄	
	氏　名				
	郵便番号		電話		
	住　所				

※患者と異なる場合に記入

申請の理由	登録者証を　１.破った ２.汚した ３.紛失した ４.その他（　　）

注１　申請の理由が登録者証を破り、又は汚した場合は、現在持っている登録者証を添付すること。
　２　再交付を受けた後、紛失した登録者証を発見したときは、速やかに再交付前の登録者証を保健所へ返還すること。

登録者証の再交付について、上記のとおり届け出ます。

年　　月　　日　　山梨県知事　殿