

登録者証（小児慢性特定疾病）再交付申請書

年 月 日

三重県知事 宛て

(申請者) 〒 _____
 住 所
 電 話
 氏 名
 (要支援者との続柄)
 個人番号

次のとおり登録者証の再交付を受けたいので申請します。

要 支 援 者	ふり 氏 が 名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所			
	個人番号			
疾 病 名				
再交付の理由 (いずれかの番号に○を付けてください。)		1. 破損 2. 汚損 3. 紛失		

保健所等使用欄 申請者確認方法

番号確認		本人確認		
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 確認者	_____
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 住基カード	<input type="checkbox"/> 健康保険証+所得課税証明書	
<input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> パスポート	<input type="checkbox"/> その他()		