

登録者証（指定難病）再交付申請書

要 支 援 者	フリガナ		生年 月日	年 月 日	年 齢	
	氏名					歳
	住所	〒 ー 区 熊本市 区 TEL ()				
保 護 者	フリガナ		要 支 援 者 と の 続 柄			
	氏名					
	住所 <small>(要支援者と 違う場合のみ 記載)</small>	〒 ー 区 熊本市 区 TEL ()				
再交付の理由	1. 破損 2. 汚損 3. 紛失 4. その他 ()					
<p style="text-align: center;">熊本市指定難病要支援者証明事業実施要領第6の4の規定により、上記のとおり登録者証（指定難病）の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> 熊本市長 様 ※ 要支援者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります。 </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">申請者氏名</p>						

※ 登録者証（指定難病）を破損、又は汚損したため、その再交付を申請するときは、破損、又は汚損した「登録者証（指定難病）」を添付してください。