**登録者証（指定難病）再交付申請書**

　　　年　　　月　　　日

（宛先）京都市長

（申請者）

住　所　〒　　　　－

氏　名

※ 要支援者が18歳未満の場合は保護者が申請者となります。

要支援者との続柄（　　　　）

電話（　　　　）　　　　－

次のとおり登録者証（指定難病）の再交付を申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 要支援者氏名 | * 申請者と同じ
 |
| 生 年 月 日 | 　　　　年　　月　　日　生　 |
| 住　　　所 | □　申請者と同じ　〒　　　　－ |
| 再交付の理由（該当するものに○） | １ 破損　　２ 汚損　　３ 紛失　　４ その他（　 　　　　） |

※　破損又は汚損の場合は、「交付を受けている登録者証」を添付してください。

※　送付先の変更を御希望の場合は、別途「登録者証（指定難病）変更・返還届出書」を御提出ください。