

登録者証（指定難病）交付申請書

(宛先) 京都市長		年		月		日			
申請者の住所 〒 京都市 区 (電話) —		申請者の氏名 ※ 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。 続柄 ()							
難病の患者に対する医療等に関する法律第28条第2項に基づく登録者証の交付を申請します。 ・ 申請内容について、京都市が保有している公簿（住民基本台帳）等で事実確認することに同意します。 ・ 公簿等で確認できない場合は、関係書類の提出を速やかに行います。									
要支援者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と同じ場合は□にチェックしてください。） 〒 —				電話		—	
	フリガナ			年齢	歳	生年月日	年	月	日
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ （申請者と同じ場合は□にチェックしてください。）							
	個人番号 (マイナンバー)								
送付先	↓ 申請者の住所地以外に送付を希望される場合は、下欄に送付先を記入してください。								
	住所	〒 —				(固定電話)		—	
	フリガナ			(携帯電話)		—			
	氏名			要支援者との関係					

※ 障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがあります。

※有効期間開始日	
年 月 日	
添付書類	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 研究利用同意書 <input type="checkbox"/> 特定医療費不認定通知書写し <input type="checkbox"/> 特定医療費受給者証写し <input type="checkbox"/> その他 ()

受付印
