

指定難病登録者証交付申請書

(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 ()	
<p>難病の患者に対する医療等に関する法律第28条第2項に基づく指定難病登録者証の交付を申請します。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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		
個人番号（マイナンバー）			
↓ 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。			
送付先	住所	〒 — (固定電話) — (携帯電話) —	
	フリガナ	要支援者との関係	
	氏名		

※ 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
