様式第5号

登録者証（指定難病）再交付申請書

要支援者	フリガナ		年 齢	生　年　月　日
	氏　　名		歳	年　　月　　日
	住　　所	〒	連　絡　先 （ＴＥＬ）	電話番号１ 電話番号２
理由	※再交付申請をする理由について、いずれかに〇を記入してください。			
	１．紛失　　２．破損　　３．汚損			
申請者※	※要支援者が申請者の場合は、記入不要です。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。			
	フリガナ		要支援者との続柄	
	氏　　名			
	住　　所	〒	連　絡　先 （ＴＥＬ）	電話番号１ 電話番号２

＜委任状欄＞※要支援者以外の方（保護者を除く）が申請される場合に記入してください

私は、次の者を代理人として、登録者証認定手続きに関する権限を委任します。

年　　月　　日

代理人氏名　　要支援者氏名

茨城県知事　　殿

私は、上記のとおり、登録者証の再交付を申請します。

年　　月　　日

申請者氏名

茨城県知事　　殿

【必要書類】
□登録者証　※破損または汚損した場合のみ
□84円分の切手を貼った返信用封筒（長３形　23.5×12ｃｍ）　※郵送申請の場合のみ