

## 特定疾患登録者証再交付申請書

平成 年 月 日

岐阜県知事様

(〒 )

住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

下記のとおり登録者証を再交付されたく申請します。

なお、再交付後に登録者証を発見した場合は、すみやかに返還することを誓約します。

記

対象患者	登録者番号			
	住所			
	氏名		性別	男・女
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
	病名			
紛失	紛失年月日	平成	年	月 日頃
	紛失場所			
	紛失理由			
汚損・破損	再交付の理由	汚損・破損		
	上記理由に関する状況			

注：登録者証を汚したり破損した場合は、それを添付してください。