

受付番号

指定難病登録者証返納届出書

相模原市長 あて 年 月 日

届出者 住 所 〒 -

氏 名

電話番号

要支援者との続柄

交付を受けた指定難病登録者証を返納したいので、次のとおり届け出ます。

フリガナ 要支援者氏名	
指定難病登録者証に 記載されている住所	
生 年 月 日	年 月 日
返 納 理 由	該当するものに○をつけてください。 1 死亡 2 治癒 3 利用中止 4 その他 ()
返納理由が生じた年月日	年 月 日

【添付書類等について】
・「相模原市指定難病登録者証」（原本）

----- 以下、市使用欄 -----
【保健センター】 登録者証受領 ☐ 【疾病対策課】
受付者： 入力者： 入力者：

■書類の送付先・問合せ先

送付先 : 〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 疾病対策課 難病対策班
問合せ先: 疾病対策課 難病対策班 042-769-8324 (直通)

※窓口へ直接届出される場合は、各保健センターにご提出ください。