

[illegible]

相模原市長 あて

年 月 日

要支援者	フリガナ 氏 名			
	住 所	〒		
	電 話 番 号			
	生 年 月 日	年 月 日		
申請者	フリガナ 氏 名		患者との 続 柄	
	住所（※1）	〒		
	電話番号（※1）			
窓口に来た人	氏 名		電話番号	
	住 所	〒		

※患者又は保護者以外の場合に記入してください。

再交付の理由	該当するものに○をつけてください。 1 紛失 2 破損又は汚損（※2） 3 その他（ ）
--------	---

- ※1 要支援者本人と異なる場合に記入。
- ※2 再交付を申請する理由が「2破損又は汚損」の場合は、従前の指定難病登録者証を添付してください。
- ※3 再交付の後に失った指定難病登録者証を発見したときは、速やかに再交付前の指定難病登録者証を返還してください。

■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）

※窓口へ直接申請される場合は、各保健センターにご提出ください。