

登録者証（指定難病）申請書（※1、2）					
要 支 援 者	かな		性別	年齢	生 年 月 日
	氏 名		<input type="checkbox"/> 男	歳	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	個人番号		<input type="checkbox"/> 女		
	住 所	〒 — ※住民票に登録されている住所を記入		電話番号	
申 請 者	かな		要支援者 との 続 柄		
	氏 名				
	住 所 （※3）	〒 —		電話番号 （※3）	
病 名					
<p>私は、上記のとおり、登録者証を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 大分県知事 殿</p>					

- ※1 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る。
- ※2 原則としてマイナンバーカードによる情報連携を活用する。
マイナンバーカードの交付を受けていないなど、情報連携を活用することが難しい場合は書面により発行することも可能。
- ※3 要支援者本人と異なる場合に記入。