

様式第4号

### 登録者証（指定難病）再交付申請書

下記のとおり登録者証（指定難病）を再交付願います。

もし、下記内容と相違した事実が判明した場合は、登録者証（指定難病）の返納は勿論、これに伴う一切の責任をとることを誓約します。

要支援者氏名：

住 所	〒
生 年 月 日	年 月 日 生
有 効 期 間	年 月 日 から
再交付を受ける理由	・破損 ・汚損 ・紛失 ・その他（ ）

年 月 日

申請者氏名

要支援者との続柄

電話番号

大分県知事 殿

（注）紛失した登録者証を発見したときは、速やかに再交付前の登録者証を返還してください。