

# 登録者証（指定難病）申請書兼届出書

※登録者証は各市町村における障害福祉サービスの利用申請等において、指定難病患者であることを証明する書類です。

医療費助成を受ける特定医療費支給認定の申請ではありません。

※登録者証に指定難病の名称は登録されません。

※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ります。

申請内容		申請するものの□内にレ印を記入してください。 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更（紙の登録者証の記載事項変更を希望する場合のみ） <input type="checkbox"/> 返納 <input type="checkbox"/> 再交付（紙の登録者証の再交付を希望する場合のみ）			
患者に関する事項	フリガナ氏名			個人番号	.....
				生年月日	.....年.....月.....日
	郵便番号〒	.....	日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	.....	.....
	住所				
	指定難病の名称				
申請者に関する事項	・患者本人が申請者である <input type="checkbox"/> はい（申請者に関する事項は記入不要です） <input type="checkbox"/> いいえ（申請者に関する事項を記入してください。委任状の提出が必要です） ※患者本人が18歳未満の場合は、保護者の方が申請者となります。委任状は不要です。				
	フリガナ氏名			生年月日	.....年.....月.....日
	患者との続柄			日中連絡がとれる電話番号 (携帯電話番号も可)	.....
	住所				

(宛先) 川崎市長

難病の患者に対する医療等に関する法律第28条第2項の規定により登録者証の交付を申請します。

申請年月日	.....年.....月.....日
申請者氏名 (患者又は保護者)	.....

※患者又は保護者以外が申請者の場合、委任状が必要です。

## ※ 裏面も必ず記入してください。

区役所受付印	健康福祉局受付印

事務処理欄（この欄は記入しないでください。）	要確認	臨個票	番号確認	身元確認	代理確認

※申請するものの□内にレ印を記入し、必要事項を記入してください。

**新規申請**

添付する書類（いずれか1点）の□内にレ印を記入してください。

特定医療費受給者証のコピー（※有効期間外や川崎市以外が発行したものも可）

特定医療費支給不認定通知書のコピー（※診断基準を満たしているもの）

臨床調査個人票

→現在申請中の特定医療費支給認定申請書に添付している場合は不要です。申請日をご記入ください。  
特定医療費支給認定申請日（      年      月      日）

**変更届**

※紙の登録者証の記載事項を変更を希望する場合のみ届け出てください。

変更後	フリガナ 氏 名		変更前	フリガナ 氏 名	

**再交付申請**

※紙の登録者証の再交付を希望する場合のみ申請してください。

該当する□内にレ印を記入してください。	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他（      ）
---------------------	--

**返納届**

該当する□内にレ印を記入してください。	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他（      ）
---------------------	--