

小児慢性特定疾病登録者証申請書

要 支 援 者	受給者番号								
	ふりがな							年 齢	生 年 月 日
	氏 名							歳	年 月 日
	個人番号								
	住 所	〒						電話番号	
	疾 病 名								
申 請 者	ふりがな							要支援者 との続柄	
	氏 名								
	住 所	〒						電話番号	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名</p> <p>青森県知事 殿</p>									

※ 市町村がマイナンバーを用いた情報連携により、災害対策基本法による避難行動要支援者名簿等の作成事務において登録者情報を確認することがあります。

※ 申請者は、登録者証の申請を行おうとする小児慢性特定疾病児童（児童福祉法第6条の2第2項第1号に規定する小児慢性特定疾病児童をいう。）の保護者又は成年患者（同項第2号に規定する成年患者をいう）となります。