

第1号様式

小児慢性特定疾病登録者証申請書						
いざれかに「レ」点をつけてください。						
		<input type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 変更申請	<input type="checkbox"/> 再交付	<input type="checkbox"/> 返還申請	
要 支 援 者	フリガナ			年 齢	生年月日	
	氏名				年月日	
	個人番号			歳		
	住所				電話	
申請 者	フリガナ			要支援者と の 関 係		
	氏名					
	住所			電話番号		
疾病名						
上記のとおり、申請します。						
申請者氏名 年月日 横浜市長 殿						

※1 市区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できます。

※2 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。