

第1号様式の4の2（第1条の4関係）

| 小児慢性特定疾病登録者証                    |               |         |
|---------------------------------|---------------|---------|
| 要<br>支<br>援<br>者                | ふりがな          | 生 年 月 日 |
|                                 | 氏 名           | 年 月 日   |
| 有効期間                            | 年 月 日 ～ 年 月 日 |         |
| 上記のとおり証明する。<br>年 月 日 久留米市保健所長 印 |               |         |

注意事項

- 1 この証は、小児慢性特定疾病児童等であることを証明する書類として利用できます。
- 2 死亡等で登録者証の利用資格がなくなったときは、この証を速やかに久留米市保健所長（保健所）に返還して下さい。
- 3 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、久留米市保健所長（保健所）に再交付の申請を行って下さい。
- 4 その他この証明書に関する問い合わせは、久留米市保健所健康推進課（TEL 30-9729）です。