

小児慢性特定疾病登録者証申請書（※1）					
要 支 援 者	ふりがな		年 齢	歳	生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	個人番号				
	ふりがな		電 話		
住 所					
申 請 者 （※2）	ふりがな		要支援者との 関 係		
	氏 名				
	ふりがな		電 話 番 号		
	住 所				
疾 病 名					
<p>上記のとおり、申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">久留米市保健所長 宛て</p>					

※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あります。

※2 要支援者本人と異なる場合に記入してください。なお、要支援者本人の場合は本人と記載してください。