

(様式2)

千葉県小児慢性特定疾病登録者証申請書※1

要 支 援 者	受給者番号※2									生 年 月 日	年 齡		
	ふりがな									H ・ R	年 月 日	歳	
	氏 名												
	個人番号												
	郵便場号				-					連絡先			
	ふりがな												
	住 所												
	疾 病 名												
↓ 要支援者と記載する情報が同じの場合は□に✓を入れてください。 ↓													
申 請 者	ふりがな	<input type="checkbox"/>									要支援者 との 関 係	<input type="checkbox"/>	
	氏 名	<input type="checkbox"/>											
	ふりがな	<input type="checkbox"/>									電 話	<input type="checkbox"/>	
	住 所	<input type="checkbox"/>											
上記のとおり、申請します。													
年 月 日													
千葉県知事 様													

※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 千葉県小児慢性特定疾病医療費助成支給認定受給者証の受給者番号を記入してください。