

小児慢性特定疾病登録者証申請書

年 月 日

(宛先)
埼玉県知事

申請者

居住地 〒

フリガナ

氏名

電話番号

要支援者との続柄

要 支 援 者	小児慢性特定疾病 受給者番号								個人番号 <small>(既に提出済みの場 合は記入不要)</small>		
	フリガナ										
	氏名	姓						名			
	居住地 <small>(申請者と同じ場合は省略可)</small>	〒									
	生年月日	平成 令和	年	月	日	(歳)				
小児慢性特定疾病名											

(注) 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。