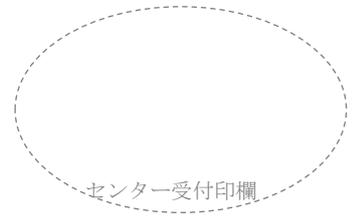


様式第1号

登録者証（指定難病）申請書（※1）



要 支 援 者	個人番号（マイナンバー）				
	病名等 <small>（複数の場合は括弧内に記入）</small> 告示番号：      病名：				
	フリガナ			年齢	生年月日
	氏名			歳	大・昭・平・令 年 月 日
	住民票上の住所  <small>（送付先が異なる場合は括弧内に記入）</small>	〒（      —      ） 石川県		電話番号（      —      ）	
	〒（      —      ） 氏名：      電話番号：      —      —				
保 護 者 <small>（要支援者が18歳未満の場合のみ記入）</small>	フリガナ			要支援者との関係（続柄）	
	氏名				
	個人番号				
	住所 <small>（要支援者本人の住所と異なる場合に記入）</small>	〒（      —      ）		電話番号（      —      ）	
石川県知事 殿 私は、上記のとおり、登録者証の交付を申請します。 令和      年      月      日 申請者氏名 _____ （要支援者又は保護者又は法定代理人）					

※1 障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報を確認することがある。