

小児慢性特定疾病登録者証申請書（新規・更新）

要 支 援 者	フリガナ		生 年 月 日	年 齢
	氏 名		年 月 日	歳
	個人番号 (マイナンバー12桁)			
	住 所	〒573- 枚方市		
電 話 番 号	() - () - () ※日中の連絡先を記入してください。			
疾病名 (複数ある場合は全て)				
受給者番号(注1)				

私は、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（昭和36年法律第223号）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されることに同意した上で、登録者証の交付を申請します。

(宛先) 枚方市長

年 月 日

(フリガナ)
申請者氏名
(注2)

住 所 要支援者と同じ
要支援者と異なる
〒

要支援者との続柄 ()

電話番号 要支援者と同じ
要支援者と異なる
() - () - ()

〒
送 付 先

※上記住所と異なる場合ご記入ください。