指定難病要支援者証明書（登録者証）返納・登録取消届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 要支援者 | フリガナ |  | 生年月日 | 明・大昭・平・令　　　年　　　月　　　日 |
| 氏　　　名 | 受給者番号：　　　　　　　　　　　　　※特定医療費（指定難病）受給者証保有者のみ |
| 住　　　所 | 〒 |
| 登録者証の有効期間開始日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 返納・登録取消理由 | 治癒　・　死亡　・　その他（　　　　　　　　　　　　　）のため※該当するものに○をつけてください |
| 紙媒体の登録者証の交付の有無 | 有　・　無　　　　（「有」の場合）紙登録者証の現物の返納：　□有　　□無（紛失） |
| 　上記のとおり返納・登録取消届を提出します。　　福　岡　県　知　事　 殿　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日住　所　〒届出人　氏　名　　　　　　　連絡先　　　　　　　　　　　（要支援者との続柄　　　　　　　　　　　　） |
| 注意１．特定医療費（指定難病）受給者の場合は、氏名欄の（　）内に受給者番号を記載してください。２．返納・登録取消理由欄は、該当するものに〇をつけてください。３．紙媒体の登録者証の交付の有無欄は、交付を受けたことがある場合は「有」に、交付を受けたことがない場合は「無」に〇をつけてください。「有」を選択した方は、登録者証の現物を返納する場合は、「紙登録者証の現物の返納」の「□有」に、現物を紛失等しているため返納できない場合は「□無」にチェックをしてください。４．他都道府県、政令指定都市から交付された登録者証の返納、登録取消の手続きは、本県ではできませんので、各交付元へお問い合わせください。 | （保健所収受印） |
|  |