様式第1-1号

登録者証（指定難病）申請書

疾　病　名				
要支援者	フリガナ		年 齢	生　年　月　日
	氏　　名		歳	年　　月　　日
	住　　所	〒	連　絡　先 （ＴＥＬ）	電話番号１ 電話番号２
申請者※	※要支援者が申請者の場合は、記入不要です。要支援者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。			
	フリガナ		要支援者との続柄	
	氏　　名			
	住　　所	〒	連　絡　先 （ＴＥＬ）	電話番号１ 電話番号２

＜委任状欄＞※要支援者以外の方（保護者を除く）が申請される場合に記入してください

私は、次の者を代理人として、登録者証認定手続きに関する権限を委任します。

年　　月　　日

代理人氏名　　要支援者氏名

茨城県知事　　殿

私は、上記のとおり、登録者証を申請します。

年　　月　　日

申請者氏名

茨城県知事　　殿

※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ります。