

登録者証（指定難病）返納届				
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
理 由	※返納をする理由について、いずれかに○を記入してください。			
	1. 死亡 2. その他（ ）			
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
<p><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</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>代理人氏名 要支援者氏名</p> </div> <p style="text-align: right;">茨城県知事 殿</p>				
<p>私は、上記のとおり、登録者証を返納します。</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> </div> <p style="text-align: right;">茨城県知事 殿</p>				

【必要書類】
 登録者証