

大阪市長 様
大阪市小児慢性特定疾病要支援者証明事業実施要綱第5の1の規定により、上記のとおり申請します。

年 月 日

申 請 者	ふりがな		要支援者 との続柄	
	氏 名		電話番号	
	住 所	— 大阪市 区 登録者証送付先 ☐ 申請者住所 ☐ 要支援者住所		

※1 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することがあります。

※2 申請者は、登録者証の申請を行おうとする小児慢性特定疾病児童（児童福祉法第6条の2第2項第1号に規定する小児慢性特定疾病児童をいう。）の保護者又は成年患者（同項第2号に規定する成年患者をいう）となります。また、受診者が成年患者である場合は、本人名義で申請手続きを行う必要があります。なお、法定代理人が申請する場合は「委任状」は不要です。