

大阪市小児慢性特定疾病要支援者証明事業実施要領

大阪市小児慢性特定疾病要支援者証明事業実施要綱第9に規定する要領で定める要支援者証明事業に係る各種様式は次のとおりとする。

- 1 小児慢性特定疾病登録者証申請書・・・・・・・・・・様式第1号
- 2 小児慢性特定疾病登録者証・・・・・・・・・・様式第2号

附 則

この要領は、令和6年4月1日から施行する。

小児慢性特定疾病登録者証申請書

新規 ・ 変更 ・ 再交付

要 支 援 者	ふりがな			受給者番号							
	氏 名			生年月日	年 月 日 (歳)						
	住 所	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> - <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div>		個人番号							
疾 病 名											
氏名変更 の場合のみ		変更後									
登録者証再交付 の場合のみ		理由	紛失 ・ 汚損 ・ その他 ()								

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	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> - <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px;"></div>		登録者証送付先 <input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 要支援者住所		
		大阪市		区		

※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。

(表面)

小児慢性特定疾病登録者証		
要 支 援 者	氏 名	
	生年月日	
有効期間		年 月 日 ~ 年 月 日
上記のとおり証明する。		
大阪市長		

(裏面)

注意事項
1 この証は、小児慢性特定疾病児童等であることを証明する書類として利用できます。
2 死亡等で登録者証の利用資格がなくなったときは、この証を速やかに大阪市長に返還して下さい。
3 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、大阪市長に再交付の申請を行って下さい。
4 その他この証明書に関する問い合わせは、下記に連絡して下さい。
<div>【問い合わせ先】 大阪市保健所管理課保健事業グループ 電話：06-6647-0654</div>