

受付番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 登録者証（指定難病）返納届出書

相模原市長 あて

年 月 日

届出者 住 所

氏 名

電話番号

要支援者との続柄

交付を受けた登録者証（指定難病）を返納したいので、次のとおり届け出ます。

フリガナ 要支援者氏名	
登録者証に記載 されている住所	
生年月日	年 月 日
返納理由	<p>該当するものに○をつけてください。☑</p> <p>1 死亡</p> <p>2 治癒</p> <p>3 利用中止</p> <p>4 その他（                      ）</p>
返納理由が生じた年月日	年 月 日

### 【添付書類等について】

- ・「相模原市登録者証(指定難病)」(原本)

以下、市使用欄

【保健センター】

登録者証受領

【疾病対策課】

受付者：

入力者：

入力者：

### ■書類の送付先・問合せ先

送付先 : 〒252-5277 相模原市中央区中央2-11-15 疾病対策課 難病対策班  
 問合せ先: 疾病対策課 難病対策班 042-769-8324 (直通)

※窓口へ直接届出される場合は、各保健センターにご提出ください。