

様式第1号

登録者証（指定難病） 申請書 ※1

要 （ 支 援 者 ） 者	フリガナ											生 年 月 日	年	月	日	
	氏 名															
	個人番号 (マイナンバー)												電 話 番 号	-	-	
	住 所	〒 -														
申 請 者 ※ 2	【要支援者(患者)と異なる場合のみ記載してください】															
	フリガナ											続 柄	年	月	日	
	氏 名															
	住 所	〒 -														
送 付 先	【要支援者(患者)と異なる場合のみ記載してください】															
	フリガナ											続 柄	年	月	日	
	氏 名															
	住 所	〒 -														
紙での登録者証の発行 (いずれかに○)	希望する ・ 希望しない(マイナンバー連携のみ) ※福祉・就労等の機関によっては、マイナンバー連携による確認ができない場合があります。															
疾病名																
私は、上記のとおり、登録者証を申請します。 申請者氏名 _____																

【臨床調査個人票を提出される方のみ】

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関する説明」をご確認いただき以下に署名をお願いします。

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関する説明」とおり
 指定難病の治療研究等、指定難病に係る研究及び政策を立案するための基礎資料として利用されることを同意します。
 要支援者(患者)
 (申請者※2) 署名

※1 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。

※2 要支援者(患者)が未成年又は成年被後見人等の理由により、要支援者(患者)に代わって申請者が同意する場合に記入してください。

【事務処理欄(記入不要)】

1. 個人番号確認 個人番号カード 通知カード 住民票

2. 身元確認(1点) 個人番号カード 運転免許証 身体障害者手帳 旅券 在留カード その他()

 身元確認(2点) 健康保険証 年金手帳 児童扶養手当証書 特別児童扶養手当証書 その他()

3. 指定難病にかかっていることを証明するもの
特定医療費(指定難病)受給者証 重症度を満たさないことによる不認定通知書 臨床調査個人票