第１号様式

|  |
| --- |
| 登録者証（指定難病）申請書 |
| 要　支　援　者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 氏　　名 | 　 | 電　話 |  |
| 個人番号(マイナンバー) | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　　所 | 　 |
| 私は、上記のとおり、登録者証を申請します。　　　　　　　年 　　月　　　日　　　　　　 福島県知事　　　　　　　　　　　　　　　　　　 住　所　申請者　　　　　　　　 　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（患者との続柄： 保護者 ・ 法定代理人）　　　 |

|  |
| --- |
| 　〈臨床調査個人票の研究等への利用についての同意〉私は、登録者証（難病医療）申請において、別紙「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関するご説明」を読み臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに、□　同意する　　　□　同意しない　　※いずれにもチェックがない場合同意するとみなします。　　　 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保健所等確認欄 | 添付書類 | 下記のいずれか□ 臨床調査個人票□ 指定難病医療費受給証の写し（期間満了後のものでも可） □ 医療費支給認定申請却下の通知書の写し（理由番号が「**２」**のもの） |