

登録者証(指定難病)申請書 兼 記載事項変更届

岡山県知事 殿

次のとおり、登録者証の発行を申請します。

申請(届出)日	年	月	日
---------	---	---	---

1 申請(届出)者				
フリガナ				
患者氏名		年齢	歳	生年月日
				大・昭 平・令
				年 月 日
住 所	〒 -		電話番号 日中の連絡先	(患者以外の番号の場合は氏名と続柄も記入) () - 氏名: 続柄:
疾病名	別添書類に記載のとおり			
個人番号				
※患者が18歳未満の場合又は法定代理人(弁護士等)が申請(届出)する場合は、以下の記入が必要です。				
保護者等 氏 名			患者との続柄	父 ・ 母 ・ その他()
保護者等 住 所	〒 -		<input type="checkbox"/> 患者と同じ	保護者等 電話番号
			<input type="checkbox"/> 患者と同じ	

2 郵便物の送付先に別住所を希望する場合のみご記入ください。※宛名もご記入ください。
〒 -

3 登録者証の発行方法
マイナンバーカード(データ連携のみ) ・ 登録者証(紙)発行 ・ 受給者証兼用

4 臨床調査個人票情報の研究等への利用について ※臨床調査個人票を添付する場合のみ
提出した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ついては、下記のとおりです。 ※詳細については、別添「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関するご説明」をご覧ください。
臨床調査個人票情報の研究等への利用に <input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない ※チェックがない場合は、同意されたものとみなします。

個人情報の使用にあたっては、個人情報の保護に十分配慮し、上記以外の目的に使用されることは一切ありません。

以下、記入不要

添付書類	臨個票	受給者証	軽症不認定 通知書	保健所受付印欄
------	-----	------	--------------	---------