

新規     再交付     氏名変更

登録者証（指定難病） 申請書（※1）			
要 支 援 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所	〒	電 話 番 号
申 請 者 （※2）	フリガナ		要支援者との関係
	氏 名		
	住 所	〒	電 話 番 号
病 名			
登録者証の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所 <input type="checkbox"/> 下記に送付 〒		
再交付の理由 （再交付の場合のみ記入）			
私は、上記のとおり、登録者証を申請します。  <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> <span>鹿児島県知事 殿</span> <span>年 月 日</span> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">申請者氏名</p>			

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「指定難病の登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」をご確認いただき、以下に☑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「指定難病の登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書」のとおり、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について、厚生労働大臣に対して

同意する     同意しない

※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 要支援者本人と異なる場合に記入。

【 保 健 所 記 入 欄 】
疾患番号：
添付書類
<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 不認定通知書の写し <input type="checkbox"/> 受給者証の写し <input type="checkbox"/> 氏名変更の事実が確認できる書類 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
臨個票アクセスキー：

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。 ※提出の代行のみの場合は不要

委任状	
鹿児島県知事 殿	年 月 日
委任者 (患者または保護者)	住所 _____ 氏名 _____
私は下記の者を代理人として、登録者証（指定難病）申請に関する権限を委任します。	
記	
代理人	住所 _____ 電話番号 _____ 委任者との関係 _____ 氏名 _____

※代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認ができる身分証明書等をご持参ください。