

登録者証（指定難病）申請書（新規・変更・再交付）（※1）

登録者証は、原則マイナンバー情報連携での交付となります。
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。

患者	フリガナ							年 齢	生 年 月 日	大 正 和 成 和			
	氏 名									歳	年 月 日	年 月 日	
	個人番号												
	フリガナ							電 話	-	-	本人		
	住 所	〒 -									-	-	本人以外
住 所	〒 -						電 話 番 号	※患者と異なる場合に記入	-	-			本人
住 所 ※患者と異なる場合に記入	〒 -										電 話 番 号	※患者と異なる場合に記入	-
保 護 者 (※2)	フリガナ							患 者 と の 関 係					
	氏 名												
	フリガナ							電 話 番 号	※患者と異なる場合に記入				
	住 所 ※患者と異なる場合に記入	〒 -											
文 書 送 付 先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> 上記以外	※本人・保護者以外の場合に記入											
		氏 名					住 所	〒 -					
病 名													
<p>私は、上記のとおり、登録者証を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">宮崎県知事 殿</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「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

<p>私は、別添「研究利用に関するご説明」を読み、指定難病の登録者証の申請にあたり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同意します。</p>											
患者氏名											年 月 日
※患者が未成年又は成年被後見人等の理由により、本人に代わって代人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、以下も署名してください。											
代理人氏名											厚生労働大臣 殿

※1 いずれかに○をする。
※2 患者が18歳未満の場合等に記入。

●県記載欄

添付書類	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票 <input type="checkbox"/> 却下通知書 <input type="checkbox"/> 受給者証 <input type="checkbox"/> 氏名変更の場合：変更が確認できる書類										
申請者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人										
本人確認書類	1つで可	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（通知カード） <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	2つ以上	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
番号確認書類（本人のもの）	<input type="checkbox"/> 個人番号カード（通知カード） <input type="checkbox"/> 住民票（個人番号つき） <input type="checkbox"/> その他（ ）										
代理権確認書類	法定代理人	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	上記以外	<input type="checkbox"/> 本人の健康保険証 <input type="checkbox"/> 本人の個人番号カード <input type="checkbox"/> 委任状									