

登録者証（指定難病） 申請書（※1）								
要 支 援 者	フリガナ					年 齢	生 年 月 日	
	氏 名						年 月 日	
	個人番号					歳		
	住 所	〒 三重県 -					電 話	(自宅)
							電 話	(携帯)
(※2) 保 護 者 等	フリガナ					要 支 援 者 と の 関 係	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母	
	氏 名						<input type="checkbox"/> その他 ()	
	住 所 (※3)	〒 -				電 話 番 号	電 話	(自宅)
							電 話	(携帯)
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（要支援者）氏名 _____ (※4)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">三重県知事 あて</p>								

臨床調査個人票の研究等への利用に同意の方は、別添「研究利用に関するご説明」を確認のうえ、以下に署名をお願いします。

<p>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「研究利用に関するご説明」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を同意します。</p> <p>申請者（要支援者）氏名 _____ (※4)</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">厚生労働大臣 あて</p>								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

- ※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できます。
- ※2 患者が未成年又は成年被後見人等の理由がある場合に記入してください。
- ※3 要支援者本人と異なる場合に記入してください。
- ※4 申請者（要支援者）氏名は、要支援者本人か保護者等（患者が未成年又は成年被後見人等の理由がある場合）の氏名を記入してください。