

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			大・昭 平・令 歳
申 請 者 （※2）	フリガナ		日中連絡が取れる 電話番号	
	住 所	〒		
要 支 援 者 の 関 係	フリガナ		日中連絡 が取れる 電話番号 （※3）	
	氏 名			
病 名	フリガナ			
	住 所 （※3）	〒		
<p>私は、下記に同意し、登録者証を申請します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居住地等を確認するため必要があるときは、島根県が住民基本台帳ネットワークシステムを利用して世帯の情報を検索すること。（住所秘匿等特別な事情がある場合を除く） <p style="margin-top: 20px;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">島根県知事 殿</p>				

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意

別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当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ついての同意は次のとおりです。

同意する 同意しない （※3）

厚生労働大臣 殿

- ※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 申請者は要支援者本人またはその保護者です。（受診者が18歳未満の場合は申請者は保護者になります。）
- ※3 要支援者本人と異なる場合に記入。
- ※4 （ 同意する 同意しない）のどちらにも が無い場合は、同意があるものとみなします。