

指定難病登録者証交付申請書

(宛先) 埼玉県知事

下記のとおり登録者証の交付を申請します。※1

申請者名 (要支援者が18歳未満 の場合は保護者名)		要支援者 との続柄	
----------------------------------	--	--------------	--

1 要支援者に関する事項

要 支 援 者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
	氏名			年 月 日
	居住地	〒		
	電話番号	()		
保 護 者 ※2	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和
	氏名			年 月 日
	居住地 ※3	〒		
	電話番号 ※3	()		
病名				
登録者証の紙発行 について		<input type="checkbox"/> マイナンバー連携が困難なため、紙での発行を希望する (マイナンバー連携が困難な理由)		

2 個人情報等に係る同意事項

本申請(申請書、診断書その他の添付書類)に基づく個人情報及び調査結果等を
国、埼玉県及び埼玉県内の市町村が難病対策に関する目的に使用することに同意します。

3 臨床調査個人票の研究利用に関する事項(臨床調査個人票を併せて提出する場合はチェックをしてください。)

私は、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、厚生労働大臣に対して

同意する 同意しない

※詳細については、別紙「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を参照してください。

※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 要支援者が未成年又は成年被後見人等の理由により、要支援者に代わって保護者が申請す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。