

千葉県指定難病登録者証申請書 (※1)						
要 支 援 者	フリガナ	千バ ハナコ		年 齢	〇〇 歳	
	氏 名	千葉 花子				生 年 月 日
	個人番号	〇〇〇〇 △△△△ ××××				昭和 〇〇年 〇月 〇日
	フリガナ			電 話 番 号	090-0000-XXXX	
	住 所	〇〇市△△1丁目2-3				
申 請 者	※要支援者と同じ場合は、□に✓を付ければ記入不要です。					
	フリガナ			要支援者との関係		
	氏 名	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
	フリガナ			電 話 番 号		
住 所	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>			
病 名	潰瘍性大腸炎					
千葉県知事 様 私は、上記のとおり、登録者証を申請します。 令和 6年 〇月 〇〇日						

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。

厚生労働大臣 様		
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。		
要支援者氏名		
申請者氏名 (※2)	千葉 花子	令和 6年 〇月 〇〇日

※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 患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申請者が同意する場合に記入。