

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
	フリガナ		電 話		
	住 所				
申 請 者 （※2）	フリガナ		要支援者 との関係		
	氏 名				
	フリガナ		電話番号		
	住 所				
送 付 先 （※3）	フリガナ		要支援者 との関係		
	氏 名				
	フリガナ		電話番号		
	住 所				
病 名					
原則としてマイナンバー連携で登録させていただきますが、紙での発行を希望する場合は✓をお願いします。					☐ 紙での発行を希望
私は、上記のとおり、登録者証を申請します。 申請者氏名 年 月 日 群馬県知事 山本 一太 殿					

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ている方は、別添「研究利用に関する説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

私は、別添の説明を読み、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同意します。 ※4 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。 申請者氏名 (※4) 年 月 日 厚生労働大臣 殿	
--	--

※1 障害福祉サービス等（仮称）サービス利用時、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

※2 要支援者本人と異なる場合に記入。

※3 要支援者本人又は申請者と異なる場合に記入。

※4 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。

「添付書類」以下のいずれかを添付してください。

- 臨床調査個人票
- 不認定通知（指定難病の診断基準を満たしていることが確認できるものに限りです。）
- 指定難病の医療費受給者証（有効期間外のものでも申請可能です。）