

登録者証（指定難病）申請書

該当するものに☑をお願いします

新規申請
 氏名変更
 再交付
 返納

要 支 援 者	受給者番号	←受給者番号をお持ちの方はご記入ください		
	フリガナ		生年月日	令和・平成・昭和・大正
	氏名			年 月 日
	個人番号		電話番号	
	住所	〒 岡山市 区		

*申請者が要支援者と異なる場合にご記入ください

申 請 者	フリガナ		要支援者からみた続柄	
	氏名		電話番号 (※1)	
	住所 (※1)	〒 岡山市 区		

指定難病の名称 (※2)

書面による交付
(※3)
(該当するものに☑)

希望する
 *マイナンバー情報連携を活用できない状況にあるときは、書面により交付することも可能です。

登録者証送付先
 要支援者住所
 申請者住所

岡山市長 様

私は、上記のとおり、登録者証を申請します。

令和 年 月 日

申請者（要支援者）氏名

※1 要支援者本人と異なる場合に記入してください。

※2 指定難病の名称は、マイナンバー情報連携・書面ともに記載されません。

※3 書面交付を希望された場合も、マイナンバー情報連携は行われます。

○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。

◎新規申請の方で臨床調査個人票をご提出される方はこちらも記入してください。

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、指定難病の治療研究等、指定難病にかか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に同意します。（詳細については別添「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を参照）

次のいずれかに☑をお願いします→

同意する

同意しない

◎氏名変更の方はこちらも記入してください。

氏 名 変 更	フリガナ	
	変更前の氏名	

保健所受理日

◎再交付の方はこちらも記入してください。

再 交 付	理由 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> その他 ()