

指定難病登録者証申請（届出）書

いずれかに☑をしてください		<input type="checkbox"/> 新規申請		<input type="checkbox"/> 変更申請		<input type="checkbox"/> 再交付		<input type="checkbox"/> 返還		
対象者	フリガナ							生年月日		年齢
	氏名							大正 昭和 平成 令和	年 月 日	歳
	個人番号							電話番号	(自宅) (携帯)	
	住所	〒								
	病名									

※対象者が申請者の場合は、記入不要です。対象者が18歳未満の場合は、保護者が申請者となります。

申請者	フリガナ			対象者との関係	
	氏名				
	住所			電話番号	(自宅) (携帯)

 氏名変更の届出

フリガナ			<input type="checkbox"/> 氏名変更の確認のため、千葉市職員が住民基本台帳を閲覧することに同意します。
変更前の氏名			

 再交付の申請 ※理由に○をしてください。その他の場合は理由をご記入ください。

再交付理由	1 紛失	2 汚損・破損	3 その他（ ）
-------	------	---------	----------

<マイナンバーを用いた情報連携について>

千葉市が発行する指定難病登録者証（以下、「登録者証」という。）については、今後マイナンバーを用いた情報連携を予定しており、情報連携開始後は、マイナンバーカードを登録者証として利用できるようになります。以下で「マイナンバーを用いた情報連携を希望する。」と回答いただいた場合、ハローワークでの就労支援や障害福祉サービス等の利用時に、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書情報を確認することがあります。

マイナンバーを用いた情報連携を希望する

マイナンバーを用いた情報連携を希望しない（書面での登録者証利用を継続）

<臨床調査個人票の研究等への利用についての同意>

（あて先）厚生労働大臣

私は、登録者証申請において、別紙「臨床調査個人票情報の研究等への利用に関するご説明」を読み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。

はい いいえ

※どちらかにチェックをお願いいたします。

（あて先）千葉市長

私は、上記のとおり、登録者証を申請・届出します。

年 月 日

申請者氏名 _____ 署名又は記名押印 ※対象者が未成年等の場合、保護者の名前を記入。

代理人氏名 _____ 署名又は記名押印 ※対象者が成年被後見人等の理由により本人に代わって代理人が同意する場合は、可能な限り本人にも確認したうえで、代理人が署名してください。