

(※1)  
登録者証（指定難病）申請書

CD-R  
審査資料  
(臨個票を除く)

枚

病名		疾病番号 (※市記入)			
熊本市交付の「指定難病医療受給者証」をお持ちですか。		1 はい 受給者番号 ( ) ・ 2 いいえ			
要 支 援 者	フリガナ			年 齢	生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	個人番号			歳	
	住 所	熊本市 区			
	電話番号				
保 護 者	フリガナ			要 支 援 者 と の 関 係	
	氏 名				
	フリガナ				
	住 所 (※2)				
	電話番号 (※2)				
<p>熊本市長 様</p> <p>私は、上記のとおり、登録者証を申請します。</p> <p>厚生労働大臣 様</p> <p>私は、別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」の説明を読み、指定難病の登録者証の申請にあ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(※3)。</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 同意する      <input type="checkbox"/> 同意しない         </p> <p style="text-align: center;">             年      月      日      申請者氏名         </p> <p style="text-align: center;">             ※要支援者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります。         </p>					

※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 要支援者本人と異なる場合に記入。

※3 臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「指定難病の医療費助成・登録者証の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用について」をご確認いただき、「同意する」にチェックをお願いします。