

登録者証（指定難病）申請書（ 新規 ・ 変更 ・ 再交付※紙の場合のみ）

要 支 援 者	フリガナ		年 齢	歳	生 年 月 日	
	氏 名				年 月 日	
	個人番号					
	フリガナ		電 話			
	住 所					
申 請 者	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						

上記のとおり、登録者証の交付を申請します。

申請者氏名

年 月 日

静岡県知事 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「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について

同意する 同意しない

※チェックが無い場合は、同意されたものとみなします。

要支援者氏名

申請者氏名

年 月 日

静岡県知事 様

※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してください。

※3 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してください。