

岐阜県知事 様		年 月 日		
私は、下記のとおり申請します。				
要 支 援 者	フリガナ		年齢	生年月日
	氏 名		歳	年 月 日
	郵便番号	〒 —	電話番号	— —
	居住地 (住所)			個人番号
申 請 者	フリガナ			患者との関係
	氏 名			<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 保護者（続柄 _____）
	（郵便番号、電話番号及び住所は、申請者が患者本人の場合は記載不要）			
	郵便番号	〒 —	電話番号	— —
	居住地 (住所)			
登録者証の 送付先	<input type="checkbox"/> 申請者居住地 <input type="checkbox"/> 下記に送付 〒 —			
指定難病の 名称（病名）				

- 備考 1 太線の枠内を消せないボールペンで記載してください。
 2 □欄は、該当するものに「レ」を記載してください。
 3 申請者が患者の代理人である場合は、本件の申請手続に係る患者からの委任状（任意様式）を添付してください。
 4 必要な書類を添付して、居住地を管轄する保健所に提出してください。
 5 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。

○臨床調査個人票の研究等への利用に関する同意について ※ 別添「研究利用に関するご説明」をご確認ください。

厚生労働大臣 殿

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、別添「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を同意します。

申請者（患者）氏名 _____

※患者本人か保護者（患者が18歳未満の場合）の氏名を記入

○登録者証に係る情報の提供に関する同意について ※患者又は保護者の住所が岐阜市の場合のみ記載 登録者証交付事務を円滑に実施するため、交付に係る情報を岐阜県から岐阜市へ提供することに同意します。	はい・いいえ
---	--------

保健所使用欄		保健所		保健医療課
保健所名	保健所			
申請受理日	年 月 日			
送付先	患・保・代・他	委任状	有・無	

代理人（患者又は保護者以外の方）が申請を行う場合は、委任状の提出が必要です。※提出の代行のみの場合は不要

		委任状			年 月 日			
岐阜県知事 様	委任者 (患者又は保護者)	住所					
		氏名					
私は下記の者を代理人として、登録者証（指定難病）申請に関する権限を委任します。								
記								
代理人	住所	〒	—	TEL	—	—		
							
	氏名			[委任者との関係]			
							

※ 代理人の方は、委任状に記載した住所・氏名の確認できる身分証明書等をご持参ください。

※ 委任状が提出された場合、受給者証又は不認定通知は代理人あてに送付します。