

## 登録者証（指定難病）申請書（※1）

※太枠内を記入してください。

いづれかに「レ」点をつけてください。 →  新規申請       変更申請       再交付       返納申請

要支援者（患者）に関する事項

要 支 援 者	フリガナ		年 齢	歳	生年月日	
	氏名					
支 援 者	個人番号	個人番号(マイナンバー)は、別紙にご記入ください。		令和・平成 昭和・大正 年 月 日		
	フリガナ			電 話		
住所	横浜市 区					
申 請 者	フリガナ			患者から みた続柄		
	氏名					
	フリガナ			電 話 (※2)		
住所 (※2)	横浜市 区					
指定難病の名称 (※3)						
交付方法 (※4)		<input type="checkbox"/> 書面交付を希望します。（マイナポータルが使用できない場合は、必ずチェックください。）				

新規申請の方はこちらも記入してください。

**登録者証の申請の同意について(意思表示及びご署名がないと受付できません)**

**厚生労働大臣あて**  
私は、別紙の説明を読み、登録者証の申請に当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。

どちらかの口をチェックを入れてください →  はい     いいえ

**横浜市長あて**  
私は、上記のとおり、登録者証を申請します。

(申請者)患者本人の氏名、署名日を記入してください→  
(患者が18歳未満の場合は保護者氏名)

令和 年 月 日

氏名

- ※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(患者本人)と異なる場合に記入してください。
- ※3 指定難病の名称は、マイナンバーカード(個人番号カード)情報連携・書面ともに記載されません。
- ※4 書面交付を希望された場合も、マイナンバーカード(個人番号カード)情報連携は行われます。

変更申請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	

区役所受付印

福祉保健センター使用欄			
	臨床調査 個人票	個人番号の確認方法	マイナンバー 別紙
新規申請時に確認		番号カード・通知カード +本確( )	
返納申請時に確認	登録者証	/	

健康福祉局受付印