様式第１号　（第５条、第８条、第１０条関係）

登録者証（指定難病）申請書兼届出書

堺市長殿

登録者証について、次のとおり申請・届出します。

また、堺市において、本申請・届出に必要な内容を公簿等によって確認すること並びに記載された個人情報を個人情報の保護に関する法律（平成１５年法律第５７号）に基づき、適正に利用し、管理し、及び廃棄することに同意します。なお、本同意については、本申請書に記載した全員の承諾を得ています。

※必要事項を記入し、該当する項目に☑又は○印を記入してください。

申請日	年　月　日

要支援者	フリガナ		生年月日	年齢
	氏名		年　月　日	歳
	個人番号		電話番号	
	住所	〒	（自宅） （携帯）	
申請者（要支援者の１８歳未満の場合は保護者）	区分	☐ 要支援者本人を申請者として、本件を申請します。 ※申請者欄の以下の項目への記入は不要です。 ☐ 下記の者を申請者として、本件を委任します。 ※申請者欄の以下の項目への記入が必要です。		
	（フリガナ） 氏名		要支援者との関係	電話番号 （自宅） （携帯）
	住所	〒 ☐　受診者と同じ		
送付先	区分	☐ 要支援者宛　☐ 申請者宛　☐ 下記のとおり		
	（フリガナ） 氏名		要支援者との関係	電話番号 （自宅） （携帯）
	住所	〒		

疾病名	①	告示番号	市記入欄	②	告示番号	市記入欄	

☐ 登録者証の交付を申請します（注）

添付書類（いずれかの添付書類が必要です。該当するものに☑してください。）
☐ 不認定通知書（指定難病の診断基準を満たしていることが確認できるものに限る。）
☐ 指定難病医療受給者証（有効期間については問わない。）
☐ 臨床調査個人票（下記の「臨床調査個人票情報の研究等への利用について」欄を御確認ください。）

臨床調査個人票情報の研究等への利用について
※別添の同意に関する説明を御確認の上、同意される方は、以下に署名をお願いします。
私は、別添の説明を読み、指定難病の登録者証の申請に当たって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。 厚生労働大臣　殿　　年　月　日 患者署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ※患者本人が署名し、又は代理人が患者氏名を記入してください。 代理人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ※患者が未成年又は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上で、代理人が署名してください。

注意　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証情報を確認することがあります。

☐ 氏名変更の届出をします。 ※書面の登録者証をお持ちの方のみ。

変更後氏名	

☐ 登録者証の再交付を申請をします。　※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	紛失　・　破損又は汚損　・　その他（　　）

事務処理欄	保健センター受付欄	本庁受付欄	開始日	年　月　日	
			個人番号取得	番号確認	番号カード・通知カード・住民票
				本人確認１点	番号カード・運転免許・旅券・（　　）
				本人確認２点	保険証・年金手帳・難病受給者証・（　　）
			可・不可	代理権確認	任意代理人（委任欄）・法定代理人（戸籍・　　）
	担当：	担当：		備考欄	