

登録者証（指定難病）申請書				
要 支 援 者	フリガナ		年 齢	生 年 月 日
	氏 名		歳	年 月 日
	個人番号			
	住 所	〒 福岡市 区	電 話	
病 名				
書面による発行 (該当するものに団)	<input type="checkbox"/> 希望する *マイナンバー情報連携を活用できない状況にあるときは、書面により発行することも可能です。 <input type="checkbox"/> 上記住所に送付する <input type="checkbox"/> 次の住所に送付する 〒			
上記のとおり、登録者証を申請します。 福岡市長 様 年 月 日 申請者（要支援者）氏名 <small>※要支援者の氏名 ※要支援者が18歳未満の場合は保護者氏名 ※要支援者が成年被後見人等の場合は 成年後見人等氏名</small>				

臨床調査個人票の研究等への利用についての同意をされる方は、別添「研究利用に関するご説明」をご確認いただき、以下に署名をお願いします。

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に同意します。	
厚生労働大臣 様 年 月 日 要支援者氏名	
要支援者が18歳未満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 申請者氏名	

※ 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。

職 員 記 入 欄		窓 口 確 認 欄
<番号確認書面> <input type="checkbox"/> 個人番号カード（裏面） <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し <input type="checkbox"/> 住民票記載事項証明書		<1点確認書面> <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 連絡免許証、運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ） <2点確認書面> <input type="checkbox"/> 公的医療保険の資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証明書 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証明書 <input type="checkbox"/> 保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）受給者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）