

特定疾患医療受給者証交付申請書

更新

臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定疾患医療受給者証の交付を下記のとおり、
大阪府知事に申請します。

平成 年 月 日

受給者	(フリガナ)		受給者番号	
	氏名 (生年月日)	M・T・S・H 年 月 日 ①	生計中心者 氏名	(続柄)
	住所	〒 (TEL - -)		

受給者と申請者が異なる場合は記入してください。

申請者	(フリガナ)		受給者 との続柄	
	氏名	①		
	住所	〒 (TEL - -)		

同一生計内のご家族で別の方が特定疾患医療受給者証をお持ちの方は、申請書類を同時に提出してください。今回申請する受給者以外に、ご家族で別の方が既に受給者証の交付を受けている場合は、下記の欄にその方の受給者氏名と受給者番号を記入してください。

受給者氏名	
受給者番号	

<留意事項>

注1：特定疾患治療研究事業は、重症で稀少な特定疾患の研究を推進するための制度であり、提出した臨床調査個人票が厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料として使用されることを確認した上で、申請してください。(詳細については、裏面をご覧ください)

注2：複数の特定疾患医療受給者証をお持ちの方は、申請書類を同時に提出してください。

受給者証の送付先が申請者と異なる場合は記入してください。(申請者と同じ場合は記入不要)

送付先	(フリガナ)		受給者 との続柄	
	氏名			
	住所	〒 (TEL - -)		

※以下保健所記載欄

保健所コード		同意済 <input type="checkbox"/>	受付印	大阪府受付印
受付日	平成 年 月 日	階層区分		
申請内容	一般・重症			
変更届	有の場合はチェック <input type="checkbox"/>		確認者氏名	①

※以下大阪府(疾病対策グループ)記載欄

有効期間	開始日 平成 年 月 日～
------	---------------