様式第１号

|  |
| --- |
| **特定疾患医療受給者証交付等申請書** |
| 　　　　年　　　　月　　　　日岩手県知事　　　　　　　　　　様　　　　　　（〒　　　　　－　　　　　　）　（電話　　　　　－　　　　－　　　　　）申請者　住所申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（受給者の　　　　　　・ 本人 ）下記のとおり、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申請します。 |
| 対象疾　患　患　者 | 申請区分 | １．　新規申請　　　２．　更新申請　　３．　他都道府県からの転入申請 |
| 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  | ※　更新申請及び以前に受給者証をお持ちだった方は記入してください。 |
| 申請疾患名 |  |
| ふりがな |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日　　（満　　　　才） |
| 住所　　　（申請者と異なる場合のみ記入） | （〒　　　　　－　　　　　　）（電話　　　　　－　　　　－　　　　　） |
| 氏名・住所・医療保険の変更の有無（※更新申請のみ） | １．無　　　　２．有　（ 氏名 ・ 住所 ・ 保険 ） |
| 身体障害者手帳の有無 | １．無　　　　２．有　（等級　　　級） |
| 受診医療機関名 |  | １． | 所在地※1市町村名のみ記入※2県外の場合は県名及び市町村名 | １． |
|  | ２． | ２． |
|  | ３． | ３． |
| 受給者証の送付先（申請者と患者が同じ場合は「受給者」欄に○を記入） | 受給者　・　申請者　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |
| 保健所等記入欄 | 承認開始　：　　　　　　　年　　　　月　　　　日※受付日と異なる場合のみ記入特記事項 | **受　付　印** |
|  |
| 申請書兼同意書 | 臨床調査個人票 | 住民票 | 医療保険の資格情報の書類 |

様式第１号（裏面）

**特定疾患医療受給者証交付等申請書　（裏面）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象疾患患者 | 保険の種　類 | 協会健保　・　組合　・　船員　・　共済　・　国保（一般 ・ 退職）・　後期高齢者　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 本人・家族の別 | 本人 ・ 家族 |
| 記号・番号 |  | 発行機関名及び番号 | 〔番号　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 他の疾患での受給者証の有無 | 無　・　有 | 疾患名 |  | 受給者番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護認定の有無 | １．　無　　２．　要支援　　３．　要介護（要介護度　　　　　） |
| 職業 | １．　勤労者　　２．　自営業　　３．　学生・生徒　　４．　家事従事者５．　無職　　　６．　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　＜臨床調査個人票の研究利用について＞　特定疾患治療研究事業は、重症で希少な特定疾患の研究を推進するため、患者の方の治療に係る医療費の自己負担分を公費で補助する制度です。　本申請書に添付された臨床調査個人票は、厚生労働科学研究費補助金及び厚生労働行政推進調査事業費補助金の難治性疾患政策研究事業並びに医療研究開発推進事業費補助金難治性疾患実用化研究事業の研究班において、当該疾患の研究のための基礎資料として使用されますので、このことに同意された上で、特定疾患医療受給者証の交付申請を行って下さい。　また、臨床調査個人票の使用に当たっては、個人情報の保護に十分配慮し、研究以外の目的には一切使用されることはありません。なお、この同意は、添付された臨床調査個人票を疾患研究の基礎資料として活用することに対する同意であり、臨床調査研究分野の研究班で行われる臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者から主治医を介して説明が行われ、同意を得ることとされています。 |
| ＜災害時支援のための個人情報の提供について＞市町村では、防災施策において特に配慮を要する方のうち、災害発生時の避難等に特に支援を要する方の名簿（避難行動要支援者名簿）の作成等を行っていますが、特定疾患医療受給者証の支給認定等の事務を県が行っている関係上、難病患者の情報を市町村は把握することが出来ないため、県から市町村に対して情報提供する必要があります。災害対策基本法（昭和36年法律第223号）の規定に基づき、市町村から求めがあった場合、ご本人の同意の有無に関わらず、県が保有している個人情報を提供できることとされていますので、あらかじめご了承ください。 |