登録者証（指定難病）発行申請書

要支援者情報	フリガナ		個人番号（マイナンバー）	□□□□－□□□□－□□□□
	氏　名			
	生年月日	年　月　日	性　別	男　・　女
	住民票住所	郵便番号（　－　）（電話　）※日中連絡のとれる電話番号を御記入ください。		
	登録者証の送付先（住民票住所と異なる場所に送付を希望される場合のみ記入）	郵便番号（　－　） 送付先住所：　送付先氏名：		
病　名				

私は、上記のとおり、　□登録者証の発行（マイナンバーカード利用）　□登録者証の発行（書面）　を申請します。

※　上の□にチェック（✓印）を記入してください。

※　登録者証の発行（書面）は、マイナンバーカードを所持していないなど、マイナンバーカード活用ができない場合に選択してください。

年　月　日

申請者氏名

鳥取県　西部　総合事務所長　様

鳥取市保健所長

○　臨床調査個人票の研究等への利用に関して同意される方は、次の欄に自署又は記名をお願いします。

＜臨床調査個人票情報の研究等への利用に関する同意について＞

私は、別添「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を読み、指定難病の医療費助成又は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。

年　月　日

申請者氏名

厚生労働大臣　様

＜災害が起きたときの支援に備えた市町村への個人情報※の提供について＞

鳥取県では、市町村における避難計画作成の推進に取り組んでいます。また、災害対策基本法では、高齢者や障がい者、難病患者等の避難のため、市町村はあらかじめ名簿を作成しておくことが義務付けられています。

災害発生時等における安否確認や避難誘導等の手助けの必要な方の名簿作成について市町村から個人情報の提供依頼を受けた場合は、鳥取県個人情報保護条例に基づき、当該市町村に提供させていただきますので御承知ください。なお、自主防災組織への平常時からの提供についてはこれに含みません。

※　個人情報・・・氏名、生年月日、性別、住所又は居所、電話番号その他の連絡先、避難支援等を必要とする事由
（その他、名簿作成に必要と市町村が認める内容について依頼を受けた場合、市町村に提供することがあります。）

○　登録者証の詳しい内容は次のとおりです。

＜登録者証について＞

※1　登録者証は、障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、所有者が指定難病患者であることを証明するものです。

※2　障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、登録者証としてマイナンバーカードを提示いただいた場合、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。

○　申請先・問合せ先

鳥取市保健所　保健医療課	鳥取県中部総合事務所倉吉保健所 医薬・感染症対策課	鳥取県西部総合事務所米子保健所 医薬・感染症対策課
〈住所〉鳥取市富安２丁目１３８－４ 鳥取市駅南庁舎１階 電話　0857-30 - 8532 ファクシミリ　0857-30-3962	〈住所〉倉吉市東巌城町2 中部総合事務所２号館１階 電話　0858-23-3142 ファクシミリ　0858-23-4803	〈住所〉米子市糀町1－160 西部総合事務所2号館3階 電話　0859－31－9317 ファクシミリ　0859－34－1392

＜鳥取市・岩美町・若桜町・智頭町・八頭町にお住まいの方について＞
鳥取市保健所では鳥取県の委託を受けて申請書の受理等を行っています。申請等の手続きについては鳥取市保健所で行ってください。