

特定医療費（指定難病）変更申請書（病名）

受給者	ふりがな				受給者番号	
	氏名					
	性別	男・女	年齢		生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
	住所	〒				
病名	変更前					
	変更後 (申請疾患を含む)					
	※必ず、申請（変更）する疾患の臨床調査個人票（新規）を添付してください。					
私は、上記のとおり、特定医療費（病名）の変更を申請します。						
年 月 日 大分県知事 殿						
申請者	氏名				受給者との 続柄	本人 夫 妻 父 母 子 () 兄弟 () その他 ()
	住所	〒			電話番号	

【臨床調査個人票の研究利用についての同意】

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、別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の医療費助成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 厚生労働大臣 殿

受給者氏名

法定代理人氏名

(受給者が未成年や成年被後見人の時のみ記載)

受付印

代理人が申請する場合に記入

委 任 状	代理人	氏名 _____	生年月日 _____
		住所 _____	続柄 _____
		連絡先 _____	
	私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。 ※委任しない事項は二重線を記入。		
	<委任する内容> 1 特定医療費（指定難病）変更申請書（病名）に係る手続き 2 特定医療費（指定難病）受給者証の受領【認定の場合】 3 特定医療費（指定難病）変更申請の却下通知の受領【却下の場合】 4 その他（ _____ ）		
	_____ 年 月 日		
	委任者	氏名 _____	住所 _____