

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	歳	生年月日	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	印			受給者との 続柄	本人 父 夫 妻 兄弟 ( ) 母 子 ( ) 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、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、指定難病にかか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を同意します。

年 月 日 厚生労働大臣 殿

受給者氏名

印（自筆の場合は押印不要）

法定代理人氏名

印（受給者が未成年や成年被後見人の時のみ記載）

受付印