様式第１－２号

特定疾患医療給付**新規**申請書

対象患者	公費負担者番号	５	１	１	１	６	０	１	０	受給者番号（記入不要）							
	フリガナ																
	氏　名	（姓）								（名）							
	住　所	〒															
	連絡先																
	生年月日																
	患者が加入する健康保険	フリガナ									患者との続柄						
		被保険者氏名															
		保険者名															
		記号・番号又は被保険者番号															

特定疾患名	**新規に申請する場合**（該当数字に○）	**他の都道府県から受給者証の交付を受けている方が埼玉県に転入する場合**（該当数字に○）	
	1　スモン	1　スモン	2　難治性の肝炎のうち劇症肝炎
	2　プリオン病（ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る。）	3　重症急性膵炎	
	※新規の申請は上記2疾患以外受付していません。	4　プリオン病（ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る。）	

臨床調査個人票記載医療機関名称	（名　称）
	（所在地）

上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用に同意し、特定疾患医療受給者証の交付を申請します。

＜宛先＞　埼玉県知事　　年　　月　　日

申請者（代理人）	氏　名 ※1		患者との続柄	
	住　所 ※2	〒		
	電話番号 ※2			

※１　申請者氏名は患者本人又は保護者（患者が 18 歳未満の場合）の記名

※２　申請者が上記の対象患者と同じ場合は、住所と電話番号の記入は不要

＜臨床調査個人票を研究利用することへの同意について＞

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、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、厚生労働省の治療研究基礎資料として利用されますので、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ください。(県外に転出した場合にも、検査結果等が転出先の都道府県に送付されます。)

また、検査結果等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。