様式第６号-２

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	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