



嘆願署名のご協力ありがとうございます。

引き続き署名活動をお願いします。

今後も当会ではキャッスルマン病患者会が抱える様々な問題を解決するために、難病（特定疾患）認定を目指して嘆願署名活動を行っていきます。引き続きご協力をお願いいたします。

また、難病に指定されるまで、嘆願署名を持って3月と10月に厚生労働省へ陳情に行きます。陳情時期に合わせてお手持ちの署名用紙を事務局まで送付して頂けると大変助かります。患者会発足から加算している数が、署名数となります。

送付先（元払いをお願いします。）

〒708-0886 岡山県津山市昭和町2-65-1  
「キャッスルマン病事務局」宛

キャッスルマン病患者会  
代表 福島かおり

※お願い

署名は強制ではありません。キャッスルマン病という病気を知っていただき、難病に認定すべきと思われた方の署名をお願い致します。

【署名の注意点】

- ・ 署名はフルネームをお願いします。「同上」「〃」は不可です。
- ・ 現在の個人情報保護法の観点から、お名前だけの署名となっております。
- ・ 鉛筆での署名は不可です。ボールペン等のご使用をお願いします。
- ・ 日本国内在住であれば外国の方、文字を書ける小学生程度の方なら署名可能です。
- ・ 相手の了解があれば代筆でも可能です。
- ・ 署名後のFAX送信は無効です。署名原本の郵送をお願いいたします。

# 医療費助成対象疾患認定嘆願書

厚生労働省大臣殿

『キャッスルマン病』を医療費助成対象疾患にして頂きたいと署名致します。

	氏 名
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

※お名前は請願の目的以外に使用しないことをお約束致します。

	氏 名
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

※お名前は請願の目的以外に使用しないことをお約束致します。