院内書式8-3

参加に伴う経費負担軽減についての説明文書と確認書の例示

（確認書は２枚複写とし、臨床試験管理室用、患者控え用の順に綴じること）

治験薬コード名等　　　　　　　　　　　　　　　　　被験者識別番号

整理番号　　　（　　　　　　　　　　　）

負担軽減費の受領に関する説明・確認書

　今般、横浜市立大学附属病院では厚生労働省医薬安全局の提言を踏まえ、あなたがこの治験に参加される場合には、治験参加に伴う精神的、身体的及び経済的の負担を軽減するために、来院ごとに負担軽減費として10,000円を支払うことといたします。支払い方法は、毎月まとめて、翌々月までにあなたが指定する銀行又は信用金庫の口座に、当院から振り込むこととなります。ただし、下記のことにご注意下さい。

* **この負担軽減費は税法上の雑所得にあたります。雑所得が年間総額20万円を超えた場合は確定申告が必要になります。**
* **生活保護の支給を受けている方は支給を停止される場合があります。**

**本人・参加同意書に署名した代諾者署名欄**

依頼日：西暦　　　　　年　　　月　　　日

本人の署名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人が署名できない場合は代諾者が記入してください）

代諾者署名：

住　所　〒

連絡先　℡

　　　ご記載いただいた情報は、負担軽減費振込先の確認以外には使用しません。

西暦　　　　年　　月　　日　　確認書受領者の署名：

希望振込口座（原則、被験者本人の名義）

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 | 銀行　　　　　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　出張所 |
| 預金種別 | 普通　　・　　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ  口座名義 |  |
|  |