（治験事務局用、患者控え用）

被験者識別番号

負担軽減費の受領に関する説明・確認書

　今般、横浜市立大学附属市民総合医療センター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、身体的及び経済的な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、公立大学法人横浜市立大学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　℡

緊急連絡先　℡　　　　　　　　 　　　（本人との続柄：　　　　　　）

　　　 **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）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行信用金庫 | 支店出張所 |
| 普通口座 | 店番 |  |  |  | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行旧通帳(郵便貯金) | 通帳記号 |  |  |  |  |  | ※ | 通帳番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

ゆうちょ銀行の旧通帳（郵便貯金）の通帳記号で６桁目がある場合は※欄にご記入ください。