

転入

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

※太枠内を記載してください。

患者	フリガナ											性別	生年月日		
	氏名											男・女	明・大 昭・平 令	年 月 日	年齢
	個人番号														
	フリガナ 住所	〒										電話番号	- -		
保護者 (患者が 18歳未満 の場合に記 入)	フリガナ											続柄	生年月日		
	氏名												明・大 昭・平	年 月 日	
	個人番号														
	フリガナ 住所	〒										電話番号	- -		
送付先 (患者(患 者が18歳 未満の場 合は保護 者)住所 以外を希 望する場 合に記入)	フリガナ														続柄
	氏名														
	フリガナ 住所	〒										電話番号	- -		
患者が 加入する 医療保険	保険者名											保険者番号			
	被保険者氏名											記号・番号			
指定 医療機関 (主な受診 希望先 1か所)	名 称										所在市区町村				
														市・区 町・村	

※ 特例や軽減を受けるためには、申請が必要です。

該当する場合
「○」を御記
入ください

軽減申請	同一世帯かつ同一医療保険に指定難病・小児慢性患者がいますので世帯按分に関する自己負担上限月額の軽減を申請します（対象患者の指定難病又は小児慢性の受給者証等の写しが必要です）。
------	---

裏面も御確認の上、御署名ください

私は裏面の説明事項を読んだ上で指定難病医療受給者証の交付を申請します。

宮城県知事

殿

令和 年 月 日

患者（又は保護者）氏名

宮城県への同意欄

講演会等の情報提供同意

私は、特定医療費（指定難病）支給認定申請書に記載した情報（住所、氏名など）について、自己の疾患に関連する講演会等の案内を郵送するなど、その目的に必要な範囲内限度で宮城県が情報を利用することに同意します。

☐ 同意します ☐ 同意しません

【マイナンバーの記載について（お願い）】

平成29年11月からマイナンバー制度が開始されています。お手数ですが、患者及び保護者のマイナンバーの記載とマイナンバー確認書類のご持参に御協力願います。

以下記載不要です

保健所使用欄

該当時チェック	☐ 前受給者証写し ☐ 世帯調書 ☐ 保険証写し（ ☐ ：マイナ省略あり※要様式30）	
☐ 世帯按分		

按分チェック			
種類	受給者番号	氏名	判定 (○・×)
難・小			
難・小			
難・小			

☐ マイナンバー本人確認
☐ 非課税収入申告書(様式21)
☐ 年金・手当等証明書類
☐ D同意書(様式22)
☐ 保険照会同意書(様式25)
☐ 無収入申立書(様式26)
☐ マイナ省略確認書(様式30)※要様式21 (□:B2同意あり)
☐ 按分受給者証写し
☐ その他 ()

添付書類チェック ☐前受給者証写し ☐世帯調書 ☐保険証写し（□：マイナ省略あり※要様式30） ☐住民票 ☐税証明（□：マイナ省略あり※要様式30） ☐マイナンバー本人確認 ☐非課税収入申告書（様式21） ☐年金・手当等証明書類 ☐D同意書（様式22） ☐保険照会同意書（様式25） ☐無収入申立書（様式26） ☐マイナ省略確認書（様式30）※要様式21（□：B2同意あり） ☐按分受給者証写し ☐その他（ ）	HCNo
---	--

HCNo

7