

世帯按分

特定医療費（指定難病）及び小児慢性特定疾病医療費支給認定申請書

※太枠内を記載してください。

患者	受給者番号							指定難病 ・ 小児慢性
	フリガナ							性別 生年月日
	氏名							男・女 明・大 昭・平 令 年 月 日 年齢
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
患者	受給者番号							指定難病 ・ 小児慢性
	フリガナ							性別 生年月日
	氏名							男・女 明・大 昭・平 令 年 月 日 年齢
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
患者	受給者番号							指定難病 ・ 小児慢性
	フリガナ							性別 生年月日
	氏名							男・女 明・大 昭・平 令 年 月 日 年齢
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
患者	受給者番号							指定難病 ・ 小児慢性
	フリガナ							性別 生年月日
	氏名							男・女 明・大 昭・平 令 年 月 日 年齢
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

私は指定難病医療受給者証の交付を申請します。

令和 年 月 日

宮城県知事 殿

患者（又は保護者）氏名

患者（又は保護者）氏名

患者（又は保護者）氏名

患者（又は保護者）氏名

以下記載不要です
保健所使用欄

添付書類チェック

☐世帯按分受給者証写し

☐住民票（後期高齢のみ）

HCNo