様式第１号

通院介護費用受給者認定申請書

年　　月　　日

宮城県知事　　殿
又は　　保健所長

申請者　住所
氏名　　印
申請者が対象患者でない場合は患者との続柄

指定難病等の治療に係る通院介護費用の受給者の認定を受けたいので，別紙関係書類を添えて申請します。

対象患者の状況	住　　所	〒				
	氏　　名	男・女	生年月日	年　　月　　日（　歳）		
	病　　名					
	医療受給者証の有効期間及び受給者番号（注1）	有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	受給者番号	□□□□□□□	
	（該当する事項を○で囲んでください。）（注２） １　身体障害者手帳の交付を受けている。（　　級　　年　　月　　日交付） ２　１３歳未満である。 ３　その他					
介護の要否に関する医師の意見	（要否いずれかを○で囲んでください。）（注３） 要　上記患者について，通院をする時に介護が必要であると認める。 否					
	医療機関所在地・名称 医師氏名　　印					

（注）１　特定医療費（指定難病）医療受給者証，小児慢性特定疾病医療受給者証又は特定疾患医療受給者証（以下「医療受給者証」という。）の交付を受けているときは，その受給者番号を記載してください。ただし，医療受給者証の交付を受けていないときは，記載不要です。

２　身体障害者手帳所持者は，その写しを添付してください。

３　身体障害者手帳の交付を受けている者（障害の級別が１級又は２級である者として記載されている者）及び１３歳未満である者以外の者にあっては，通院時の介護の要否に関する医師の意見欄が記入されていることが必要です。

職員記載欄	医療受給者証の有効期間	年　月　日から 年　月　日まで	受給者番号	□□□□□□□