|  |
| --- |
| 難病医療費助成指定医療機関指定通知書再交付申請書　 |
| 指定年月日　　　　　　年　　月　　日 | 病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者 |
| 再交付申請理由（いずれかに○を付けてください。） | １　指定医療機関指定通知書を破損したため（※１）２　指定医療機関指定通知書を汚損したため（※１）３　指定医療機関指定通知書を亡失又は滅失したため（※２） |
| 上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第２６条の規定により申請します。　　　　　　年月日医療機関等名称　：所在地　：　コード※３　：開設者　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）　：　電話番号　：氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　：　　　　　　宮城県知事　　　　殿※１　再交付理由が破損又は汚損の場合は，当該指定医療機関指定通知書を添付してください。※２　亡失したことにより再交付を受けた後，失った指定医療機関指定通知書を発見したときは，当該指定医療機関指定通知書を速やかに知事に返還してください。※３　医療機関の場合は医療機関コード，薬局の場合は薬局コード，訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業所番号を記載してください。 |

様式第７号