

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歳未満の場合のみ記入してください)	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歳未満の場合のみ記入してください)	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歳未満の場合のみ記入してください)	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歳未満の場合のみ記入してください)	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 印

患者 (又は保護者) 氏名 印

患者 (又は保護者) 氏名 印

患者 (又は保護者) 氏名 印

以下記載不要です

保健所使用欄

添付書類チェック
<input type="checkbox"/> 世帯按分受給者証写し
<input type="checkbox"/> 住民票（後期高齢のみ）

HCNo