|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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