

保健所別の申請方法について

- 今年度も、昨年度に引き続き、保健所ごとに受付方法が異なります。
- 御自身の住所地を管轄する保健所のページを御確認いただき、申請書を御提出ください。

| ページ | 保健所名 | 補足説明 |
|------|----------------|---|
| P.3 | 仙南保健所 | 白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町、村田町、柴田町、川崎町、丸森町の方 |
| P.5 | 塩釜保健所 | 塩竈市、多賀城市、松島町、七ヶ浜町、利府町の方 |
| P.7 | 塩釜保健所岩沼支所 | 名取市、岩沼市、亘理町、山元町の方 |
| P.9 | 塩釜保健所黒川支所 | 富谷市、大和町、大郷町、大衡村の方 |
| P.11 | 大崎保健所 | 大崎市、色麻町、加美町、涌谷町、美里町の方 |
| P.13 | 大崎保健所栗原支所 | 栗原市の方 |
| P.15 | 石巻保健所 | 石巻市、東松島市、女川町の方 |
| P.17 | 石巻保健所登米支所 | 登米市の方 |
| P.19 | 気仙沼保健所 | 気仙沼市、南三陸町の方 |
| P.21 | 收受通知希望用はがき | 郵送による申請をする方が、保健所から更新申請書類の受付についての通知を希望する場合 |
| P.23 | 会場申請受付予約用往復はがき | 会場による申請をする方が、事前に会場の予約を希望する場合 |

- 受給者の皆様にはお手数をおかけしますが、御理解の上、御協力いただきますようよろしくお願いいたします。

仙南保健所の管轄の受給者の方へ

(現住所が白石市、角田市、蔵王町、七ヶ宿町、大河原町
村田町、柴田町、川崎町、丸森町の方へ)

「郵送」または「会場」のどちらかの方法で、申請書類を提出してください。
郵送申請を推奨しておりますが、御都合にあわせてお選びください。

郵送での申請を希望する場合

受付期間：令和5年6月14日(水)から
令和5年7月14日(金)の消印分まで

(7月15日から9月30日までの消印分の受付も可能です。)

ただし、受給者証の交付は11月末以降の交付予定となります。)

※ 特定記録、簡易書留、レターパックなど、追跡可能な方法での郵送を推奨します(書類の保健所到着は、追跡結果で御確認ください。)

郵送申請のあて名 ⇒

(切り取ってお使いください)

〒989-1243

柴田郡大河原町字南129-1

仙南保健所疾病対策班 行き

(更新申請書在中)

会場での申請を希望する方は、裏面を確認してください。

お問い合わせ先：0224-53-3121 (仙南保健所疾病対策班)

会場での申請を希望する場合

事前に予約が必要です。

予約せずに来所された場合は、受付できませんので御了承ください。

① 予約の方法 : 往復はがき

往復はがき : 往信・返信の両方に切手を貼付してください。
住所・氏名・受給者番号・電話番号・希望日時を記入してください。
決定した受付日時の連絡方法は、返信面の発送により連絡します。
希望の予約が取れない場合は、電話で連絡します。

② 予約受付期間

令和5年6月5日(月)から令和5年7月7日(金)まで必着

※申込み多数の場合、期間内に受付を終了し、郵送申請を御案内する場合があります。

③ 申請受付日時 (各受付日、時間帯で人数制限を設けます。)

| 受付日 | 時間 | 会場 |
|----------|--|-----------------------|
| 6月29日(木) | 午前10時～午後3時 (20分程度) ※提出された希望の時間帯を踏まえ、保健所で決定した受付開始時間をお知らせします | 大河原合同庁舎 4階大会議室 |
| 6月30日(金) | | |
| 7月10日(月) | | |
| 7月11日(火) | | |
| 7月18日(火) | | |
| 7月19日(水) | | |
| 7月25日(火) | | |
| 7月26日(水) | | |

※ 申請書などの記入が必要な書類はあらかじめ御記入の上、提出が必要な書類を揃えてお持ちください。

往復はがき往信面用のあて名 ⇒
(切り取ってお使いください)

〒989-1243
柴田郡大河原町字南129-1
仙南保健所 疾病対策班 行き
(往信・事前予約)

塩釜保健所の管轄の受給者の方へ

(現住所が 塩竈市、多賀城市、松島町、
七ヶ浜町、利府町 の方へ)

「郵送」または「会場」のどちらかの方法で、申請書類を提出してください。
令和5年度の更新手続きについては、郵送申請を推奨しておりますが、
御都合にあわせてお選びください。

郵送での申請を希望する場合

受付期間：令和5年6月5日（月）から

令和5年7月14日（金）の消印分まで

(7月15日から9月30日までの消印分の受付も可能です。

ただし、受給者証の交付は11月末以降の交付予定となります。)

※ 特定記録、簡易書留、レターパックなど、追跡可能な方法での郵送を推奨します（書類の保健所到着は、追跡結果で御確認ください。）。

※ 保健所からの收受通知を希望する方は、別添のはがきに通知先の住所・氏名を記入し、切手貼付の上、申請書類と一緒に同封してください。

会場での申請を希望する方は、裏面を確認してください。

郵送申請のあて名

(切り取ってお使いください)

〒985-0003

塩竈市北浜四丁目8-15

塩釜保健所疾病対策班 行

(更新申請書在中)

TEL: 022-363-5504

会場での申請を希望する場合

事前予約が必要です。予約せずに来所された場合は、受付できませんので御了承ください。

●事前予約の方法 : 往復はがき

※ 申込み多数の場合、郵送申請を御案内する場合があります。

往復はがき : 往信・返信の両方に切手を貼付してください。

住所・氏名・受給者番号・電話番号・希望日時を漏れなく記入してください。

決定した受付日時の連絡方法は、返信面の発送により連絡します。

希望の予約が取れない場合は、電話で連絡します。

●予約できる日程 :

令和5年6月5日(月)から令和5年8月10日(木)まで
平日の午前9時~午後3時の00分、20分、40分の開始

(各日程、時間帯で人数制限を設けます。)

※ 時間枠は、20分と限りがございますので、申請書類に御記入し揃えてお持ちください。

◎7月31日(月)までに受付の場合は、受給者証の交付は9月末頃の予定

◎8月1日(火)以降の受付の場合は、受給者証の交付は11月末以降の予定

(審査の内容により交付が遅れる場合もございます。)

●提出会場 : 塩釜保健所 1階大会議室等(予定)

(日にちによっては、会場が変更となる場合もございます。案内板を掲示しております。)

※ 御来所の際の付添の方は、可能な限り少人数でお願いします。

駐車場のスペースに限りがございますので、必ず予約時間にお越しください。

●予約当日、体調が悪い場合には、御連絡ください。

その場合、改めて予約をお取りいただくか郵送での提出をお願いします。

往復はがき往信面用のあて名
(切り取ってお使いください)

〒985-0003

塩竈市北浜四丁目8-15

塩釜保健所 疾病対策班 行

(往信・事前予約)

塩釜保健所 岩沼支所の 管轄の受給者の方へ

(現住所が名取市、岩沼市、亘理町、山元町の方へ)

「郵送」または「会場」のどちらかの方法で、申請書類を提出してください。
令和5年度の更新手続きについては、郵送申請を推奨しておりますが、
御都合にあわせてお選びください。

郵送での申請を希望する場合

受付期間：令和5年6月15日（木）から
令和5年7月14日（金）の消印分まで

(7月15日から9月30日までの消印分の受付も可能です。

ただし、受給者証の交付は11月末以降の交付予定となります。)

※ 特定記録、簡易書留、レターパックなど、追跡可能な方法での
郵送を推奨します(書類の保健所到着は、追跡結果で御確認く
ださい)。

※ 内容確認後、不足がある場合一旦書類をすべてお返しさせてい
ただきます。書類チェックシートを御活用いただき、不備がない
よう御確認ください。

会場での申請を希望する方は、裏面を確認してください。

郵送申請のあて名

(切り取ってお使いください)

〒989-2432

岩沼市中央三丁目1-18

塩釜保健所岩沼支所

地域保健班 行き

(更新申請書在中)

会場での申請を希望する場合

事前予約が必要です。予約せずに来所された場合は、受付できませんので御了承ください。

①事前予約の方法 : 電子申請・電話

②事前予約受付日

※ 申込み多数の場合、期間内に受付を終了し、郵送申請を御案内する場合があります。

●電子申請の場合は、令和5年6月1日（木）から

電子申請 URL: <https://www.shinsei.elg-front.jp/miyagi2/navi/selMap.do>



← こちらのQRコードを読み取り、トップページから「宮城県」を選択し、「難病」で検索すると手続一覧になります。塩釜保健所岩沼支所を選び、入力画面に進んでください。
決定した予約日時は、後日メールで連絡します。

●電話受付の場合は、令和5年6月1日（木）から
平日 午前9時 ~ 午後4時30分

塩釜保健所岩沼支所 電話番号 080-2720-7603

※ 電話番号のお掛け間違いに注意してください。

③予約できる日程：(各日程、時間帯で人数制限を設けます。)

令和5年6月15日（木）から令和5年9月29日（金）まで
平日のうち、午前9時 ~ 午後3時の間の20分ごとに設定します。

※ 時間枠は、20分と限りがございますので、申請書類に御記入し揃えてお持ちください。

◎7月31日（月）までに受付の場合は、受給者証の交付は9月末頃の予定

◎8月1日（火）以降の受付の場合は、受給者証の交付は11月末以降の予定
(審査の内容により交付が遅れる場合もございます。)

④提出会場 : 塩釜保健所岩沼支所 2階大会議室（予定）
(会場は2階となります。エレベーターの設置はありません。)

※ 御来所の際の付添の方は、可能な限り少人数でお願いします。

塩釜保健所 黒川支所の 管轄の受給者の方へ

(現住所が富谷市、大和町、大郷町、大衡村の方へ)

令和5年度の更新手続きについては、混雑の回避及び待ち時間の短縮のため郵送申請を推奨しております。更新受付開始直後及び7月末は特に混雑が予想されるため、郵送申請をお願いします。

会場での申請も予約制で行っております。御都合にあわせてお選びください。

郵送での申請を希望する場合

受付期間：令和5年6月15日（木）から

令和5年7月14日（金）の消印分まで

(7月15日から9月30日までの消印分の受付も可能です。

ただし、受給者証の交付は11月末以降の交付予定となります。)

※ 特定記録、簡易書留、レターパックなど、追跡可能な方法での郵送を推奨します(書類の保健所到着は、追跡結果で御確認ください。)

※ 保健所からの收受通知を希望する方は、別添のはがきに通知先の住所・氏名を記入し、切手貼付の上、申請書類と一緒に同封してください。

会場での申請を希望する方は、裏面を確認してください。

郵送申請のあて名

(切り取ってお使いください)

〒981-3304

富谷市ひより台二丁目42番地2

塩釜保健所黒川支所 地域保健班 行き

(指定難病更新申請書在中)

TEL: 022-358-1111

会場での申請を希望する場合

事前予約が必要です。

予約せずに来所された場合は、受付できません
ので御了承ください。

①事前予約の方法

： 電話（黒川支所 022-358-1111）

②事前予約受付日

： 令和5年6月1日（木）から
平日 午前9時から午後4時まで

※ 申込み多数の場合、期間内に受付を終了し、郵送申請を御案内する場合があります。

●予約できる日程（各日程、時間帯で人数制限を設けます）

令和5年6月15日（木）から令和5年9月29日（金）まで
平日のうち、午前9時から午後2時までの間の20分ごと
に設定します。

※ 時間枠は20分と限りがございますので、申請書類を御記入の上お待ちください。

◎7月31日（月）までに受付の場合は、受給者証の交付は9月末頃の予定

8月1日（火）以降の受付の場合は、受給者証の交付は11月末以降の予定

（審査の内容により交付が遅れる場合もございます。）

●提出会場

塩釜保健所 黒川支所 1階 申請会場

※ 御来所の際の付添の方は、可能な限り少人数でお願いします。

大崎保健所の管轄の受給者の方へ

(現住所が大崎市、色麻町、加美町、涌谷町、美里町の方へ)

令和5年度も昨年度と同じく、原則として「郵送」
による申請といたします。

郵送による申請が難しい場合は、裏面の窓口にて、
来所による申請を受け付けます。

◎ 郵送申請受付期間

：令和5年6月14日（水）から
令和5年7月14日（金）の消印分まで

◎ 窓口申請受付期間

：令和5年7月3日（月）から
令和5年7月31日（月）の受付分まで

※ 上記期間に申請書類を提出した場合の受給者証交付時期は、
9月末です。

※ 8月1日以降も、9月30日の消印分まで受付可能です。た
だし、受給者証の交付は11月末以降になります。

※ 特定記録、簡易書留、レターパックなど、追跡可能な方法で
の郵送をお願いします（書類の保健所到着は、追跡結果で御確
認ください。）。

※ 郵送による申請が難しい方向けに、窓口を開設しています。
詳細は、裏面を御覧ください。

郵送申請のあて名（切り取ってお使いください）

〒989-6117
大崎市古川旭4丁目1-1
大崎保健所疾病対策班 行き
(更新申請書在中)

■ 相談窓口

申請書類の準備や申請方法についての相談は、下記の窓口で受け付けます。また、窓口で来所による申請も受け付けます。

相談窓口

◆場所：大崎合同庁舎 1階 大会議室前

※ 窓口の場所は、下記の案内図または庁舎内の案内板を御確認ください。

※ 保健所(事務室)とは場所が異なりますので、御留意ください。

◆電話：0229-91-0714

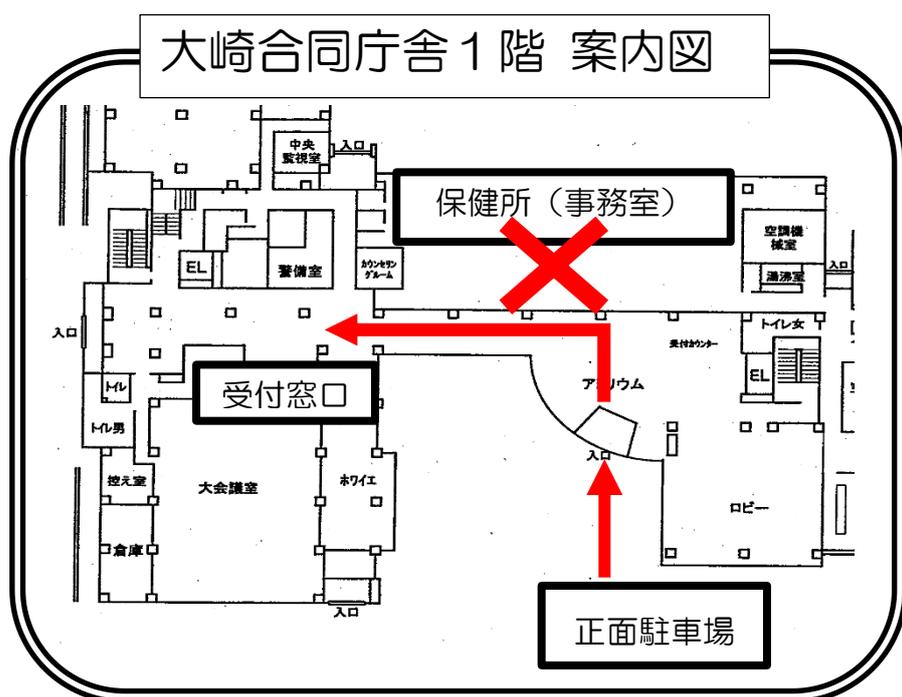
◆相談受付期間

：令和5年7月3日(月)～令和5年8月31日(木)の
平日 午前9時～午後4時30分

※ 御来所の際の付添の方は、可能な限り少人数でお願いします。

※ 相談はお電話でも受け付けています。受付期間は窓口と同じです。

※ 来所される場合は、予約不要ですが、待ち時間が生じますので、あらかじめ御了承ください。



大崎保健所栗原支所の管轄の受給者の方へ
(現住所が栗原市の方へ)

令和5年度は原則として「郵送」による申請になります。

郵送での申請を希望する場合

受付期間：令和5年6月14日（水）から
令和5年7月14日（金）まで
(当日消印有効)

※ 7月15日以降の消印も受付可能です。ただし、受給者証の交付は11月末以降になります。

※ 特定記録、簡易書留、レターパックなど、追跡可能な方法での郵送をお願いします。(書類の保健所到着は、追跡結果で御確認ください。)

※ 郵送にあたっての提出書類の確認・相談については、下記に御連絡ください。

電話：0228-22-2117

(平日 午前9時～午前12時、午後1時～午後4時30分)

郵送での申請が難しい場合は、裏面を御覧ください。

郵送申請のあて名（切り取ってお使いください）

〒987-2251

栗原市築館藤木5-1

大崎保健所栗原支所疾病対策班 行き

(指定難病更新申請書在中)

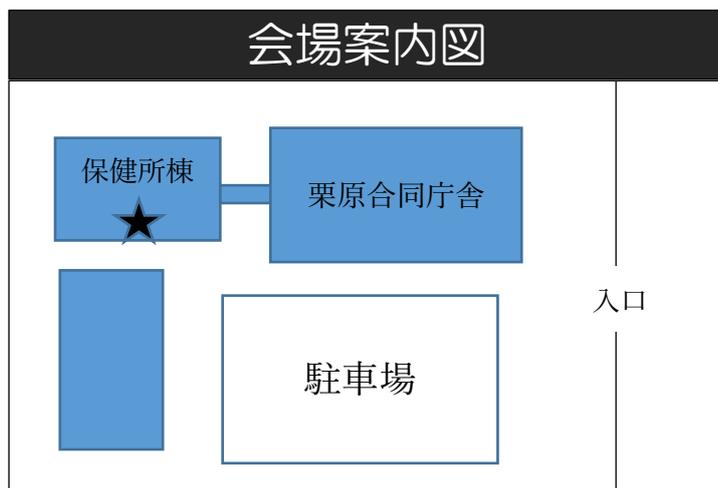
TEL：0228-22-2117

郵送での申請が難しい場合

- まずは電話で御相談ください。
- 御予約の上、窓口（平日日中のみ）にて受付させていただきます。
- ※ 窓口は受付期間が決まっております、対応時間に限りがございます。御希望の日時に添えない場合は、郵送での申請を御案内させていただきます。
- ※ 円滑な窓口対応のため、申請書類は御記入した上御持参ください。
- ※ 予約せずに来所された場合、受付できませんので御了承ください。併せて、書類不備があった場合は、書類が全て揃ってからの提出をお願いしますので御了承ください。

電話：0228-22-2117
平日 午前9時～午前12時
午後1時～午後4時30分

- ※ 御来所の際の付添の方は、可能な限り少人数でお願いします。



石巻保健所の管轄の受給者の方へ

(現住所が石巻市、東松島市、女川町の方へ)

「郵送」または「会場」のどちらかの方法で、申請書類を提出してください。
令和5年度の更新手続きについては、郵送申請を推奨しておりますが、御都合にあわせてお選びください。

郵送での申請を希望する場合

受付期間：令和5年6月9日（金）から

令和5年7月14日（金）の消印分まで

(7月15日以降の消印分の受付も可能です。ただし、受給者証の交付は11月末以降の交付予定となります。)

- ※ 特定記録、簡易書留、レターパックなど、追跡可能な方法での郵送を推奨します(書類の保健所到着は、追跡結果で御確認ください。)
- ※ 市役所・町役場での令和5年度の市・町民税課税証明書の発行日は6月中旬以降となりますので、御留意ください(詳しくは「令和5年度特定医療費(指定難病)医療受給者証更新手続きの御案内」の19ページにて御確認ください。)

会場での申請を希望する方は、裏面を確認してください。

郵送申請のあて名(切り取ってお使いください)

〒986-0850

石巻市あゆみ野5丁目7番地

石巻保健所疾病対策班 行き

(指定難病更新申請書在中)

TEL: 0225-95-1430

会場での申請を希望する場合

事前予約が必要です。予約せずに来所された場合は、
受付できませんので御了承ください。

●事前予約の方法：往復はがき・電子申請

※ 申込み多数の場合、郵送申請を御案内する場合があります。

往復はがき：往信・返信の両方に切手を貼付してください。

住所・氏名・受給者番号・電話番号・希望日時を漏れなく記入してください。
決定した受付日時の連絡方法は、返信面の発送により連絡します。
希望の予約が取れない場合は、電話で連絡します。

電子申請 URL: <https://www.shinsei.elg-front.jp/miyagi2/navi/selMap.do>



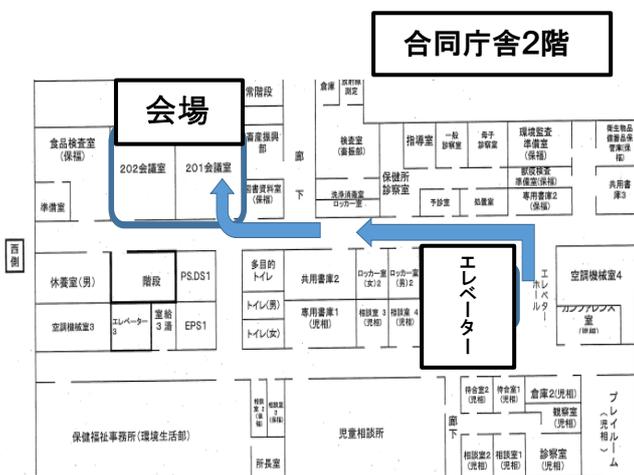
← こちらのQRコードを読み取り、トップページから
「宮城県」を選択し、「難病」で検索すると手続一覧になります。
石巻保健所を選び、入力画面に進んでください。
決定した予約日時は、後日メールで連絡します。

●事前予約受付日：

令和5年6月1日(木)～令和5年6月28日(水)

●事前予約できる日程：(各日程、時間帯で人数制限を設けます。)

| 受付日 | 受付時間 | 会場 |
|-----------------|------------------------------------|----------------------------|
| 7月3日(月)～6日(木) | 午前：9時～11時 | 石巻合同庁舎 2階 201、202会議室 |
| 7月10日(月)～13日(木) | (00分、20分、40分の開始) | |
| 7月18日(火)～21日(金) | 午後：1時10分～3時10分 (10分、30分、50分の開始) | |



※ 予約当日、体調不良等により来所が困難な場合には御連絡ください。その場合、改めて予約をお取りいただくか、郵送での提出をお願いします。

玄関

往復はがき往信面用のあて名
(切り取ってお使いください)

〒986-0850

石巻市あゆみ野5丁目7番地

石巻保健所疾病対策班 行き

(往信・事前予約)

石巻保健所登米支所の管轄の受給者の方へ

(現住所が登米市の方へ)

「郵送」または「会場」のどちらかの方法で、申請書類を提出してください。
更新手続きについては、郵送申請を推奨しておりますが、御都合にあわせてお選びください。

郵送での申請を希望する場合

| | |
|--------|--|
| ① 申請方法 | <ul style="list-style-type: none">令和5年度特定医療費（指定難病）医療受給者証更新手続きの御案内をよく御確認いただき、申請書類一式を当所宛てお送りください。郵送の際は、下記「郵送申請用ラベル」を御使用いただくか、「郵送申請用ラベル」の内容を封筒に記載の上、お送りください。 |
| ② 受付期間 | 令和5年6月15日（木）から 令和5年7月14日（金）までの消印分まで |
| ③ 注意事項 | <ul style="list-style-type: none">特定記録、簡易書留、レターパックなど、追跡可能な方法での郵送を推奨します（書類の保健所到着は、追跡結果で御確認ください）。不備がある場合は、保健所から電話で御連絡させていただきます。 |

▼郵送申請用ラベル（それぞれ切り取ってお使いください）

| |
|--|
| 〒987-0511 登米市迫町佐沼字西佐沼150-5 石巻保健所登米支所疾病対策班 行き (更新申請書在中) TEL: 0220-22-6119 |
|--|

(表面)

| | | |
|-------|----|----------------------------------|
| 受給者氏名 | | |
| 連絡先 | 氏名 | (続柄) |
| | 番号 | ※申請書類の確認連絡の際に使用させていただきます。 () |
| 住所 | | 〒 - |

(裏面)

会場での申請を希望する場合

| | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|--|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <p>① 申請方法</p> | <ul style="list-style-type: none"> 必ず電話で事前に予約をお取りください。 →「②事前予約」を御確認ください。 令和5年度特定医療費（指定難病）医療受給者証更新手続きの御案内をよく御確認いただき、申請書類一式を持参してください。 | | | | | | | | | | | | | |
| <p>② 事前予約</p> | <p>予約方法</p> | <ul style="list-style-type: none"> 予約期間内に電話にて予約を受け付けます。 <p>【連絡先】 石巻保健所登米支所 疾病対策班 0220-22-6119</p> | | | | | | | | | | | | |
| | <p>予約期間</p> | <p>令和5年6月15日（木）から 令和5年7月12日（水）まで（土日、祝日を除く）</p> | | | | | | | | | | | | |
| | <p>予約受付時間</p> | <p>午前9時から午前11時30分まで、 午後1時から午後5時まで</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>③ 会場申請</p> | <p>申請受付日程</p> | <table border="0"> <tr> <td>① 令和5年6月26日（月）</td> <td>⑦ 令和5年7月10日（月）</td> </tr> <tr> <td>② 令和5年6月27日（火）</td> <td>⑧ 令和5年7月11日（火）</td> </tr> <tr> <td>③ 令和5年7月 3日（月）</td> <td>⑨ 令和5年7月12日（水）</td> </tr> <tr> <td>④ 令和5年7月 4日（火）</td> <td>⑩ 令和5年7月13日（木）</td> </tr> <tr> <td>⑤ 令和5年7月 5日（水）</td> <td>⑪ 令和5年7月18日（火）</td> </tr> <tr> <td>⑥ 令和5年7月 6日（木）</td> <td>⑫ 令和5年7月19日（水）</td> </tr> </table> | ① 令和5年6月26日（月） | ⑦ 令和5年7月10日（月） | ② 令和5年6月27日（火） | ⑧ 令和5年7月11日（火） | ③ 令和5年7月 3日（月） | ⑨ 令和5年7月12日（水） | ④ 令和5年7月 4日（火） | ⑩ 令和5年7月13日（木） | ⑤ 令和5年7月 5日（水） | ⑪ 令和5年7月18日（火） | ⑥ 令和5年7月 6日（木） | ⑫ 令和5年7月19日（水） |
| | ① 令和5年6月26日（月） | ⑦ 令和5年7月10日（月） | | | | | | | | | | | | |
| | ② 令和5年6月27日（火） | ⑧ 令和5年7月11日（火） | | | | | | | | | | | | |
| ③ 令和5年7月 3日（月） | ⑨ 令和5年7月12日（水） | | | | | | | | | | | | | |
| ④ 令和5年7月 4日（火） | ⑩ 令和5年7月13日（木） | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 令和5年7月 5日（水） | ⑪ 令和5年7月18日（火） | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 令和5年7月 6日（木） | ⑫ 令和5年7月19日（水） | | | | | | | | | | | | | |
| <p>申請受付時間</p> | <p>午前9時から正午まで 午後1時から午後3時まで ※申請1件の所要時間は約20分を予定しています。</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>申請受付場所</p> | <p>石巻保健所登米支所 1階 クリニック室内 （登米市迫町佐沼字西佐沼150-5）</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>④ 注意事項</p> | <ul style="list-style-type: none"> 予約せずに来所された場合は受付できないことがありますので、御了承ください。 不備がある場合は、書類が全て揃ってからの受付となりますので、御了承ください。 申請に来所される際は、できるだけ少人数でお願いします。 | | | | | | | | | | | | | |

気仙沼保健所の管轄の受給者の方へ

(現住所が気仙沼市、南三陸町の方へ)

「郵送」または「会場」のどちらかの方法で、申請書類を提出してください。
令和5年度の更新手続きについては、郵送申請を推奨しておりますが、御都合にあわせてお選びください。

郵送での申請を希望する場合

受付期間：令和5年6月1日（木）から

令和5年7月14日（金）の消印分まで

(7月15日以降の消印分の受付も可能です。ただし、受給者証の交付は11月末以降の交付予定となります。)

※ 特定記録、簡易書留、レターパックなど、追跡可能な方法での郵送を推奨します(書類の保健所到着は、追跡結果で御確認ください。)

※ 内容確認後、不足がある場合一旦書類をすべてお返しさせていただきます。書類チェックシートを御活用いただき、不備がないよう御確認ください。

会場での申請を希望する方は、裏面を確認してください。

郵送申請のあて名(切り取ってお使いください)

〒988-0066

気仙沼市東新城3丁目3-3

気仙沼保健所疾病対策班 行き

(指定難病更新申請書在中)

TEL: 0226-22-6662

会場での申請を希望する場合

事前予約が必要です。予約せずに来所された方は、混雑状況により、受付できない場合があります。

①事前予約の方法：往復はがき

②事前予約受付日

令和5年6月1日（木）から令和5年6月14日（水）消印分まで

※ 申込み多数の場合、早めに締め切り、郵送を御案内することがあります。

③受付日時（各日程・時間帯で人数制限を設けます。）

| 受付日 | 時間 | 会場 |
|----------|----------------------------|---------------------------------------|
| 7月3日（月） | 9：00～11：30 13：00～14：30 | 気仙沼保健所 2階大会議室 |
| 7月10日（月） | | |
| 7月20日（木） | | |
| 7月28日（金） | | |
| 7月31日（月） | | |
| 7月14日（金） | 10：30～12：00 13：00～14：30 | 南三陸町スポーツ交流村 （ベイサイドアリーナ） 文化交流ホール |

④受付日時の決定連絡方法

往復はがきの、返信面の発送により連絡します。

※ 第1～3希望の中から日程を決定します。詳細の受付時間については、返信はがきにて御確認ください。

※ 御来所の際の付添の方は、可能な限り少人数でお願いします。

また、短時間でスムーズに申請を行うために、申請書等は事前に記入を済ませていただくよう、お願い致します。

往復はがき往信面用あて名
(切り取ってお使い下さい。)

問い合わせ先：
気仙沼保健所 疾病対策班
0226-22-6662

〒988-0066
気仙沼市東新城3丁目3-3
気仙沼保健所疾病対策班 行き
(往信・事前予約)

収受通知希望用はがきについて

郵送申請をされる方で、保健所から郵便物を受け取ったことについての通知を希望される場合は、このはがき様式を切り取り、太枠内に記入し、切手を貼付して、申請書等とあわせて同封してください。

- ※ このはがきの対応を行うのは、塩釜保健所、塩釜保健所黒川支所のみとなります。
- ※ 仙南保健所、塩釜保健所岩沼支所、大崎保健所、大崎保健所栗原支所、石巻保健所、石巻保健所登米支所、気仙沼保健所は、このはがきは使用しませんので、簡易書留等の追跡結果で御確認ください。

| | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 63円切手 をお貼りください | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | | | |
| 通知先住所（上の郵便番号欄とあわせて御記入ください） | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | |
| 通知先氏名（御記入ください。） | | | | | | | 様 |
| <input type="text"/> | | | | | | | |
| 受給者番号（御記入ください。） | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

※ 収受通知希望用はがき（裏面）

貴殿の申請を 月 日に収受しました。

なお、この通知は、貴殿の郵送書類が到達したことをお知らせするものです。

審査の結果、書類不備等があった場合は、別途連絡しますので御承知ください。

会場申請受付予約用往復はがきについて

往復はがきでの事前予約を希望される方は、このはがき様式を切り取り、太枠内に記入し、両面に切手を貼付して、期限までにお送りください。

※ 往復はがきでの予約受付を行うのは、仙南保健所、塩釜保健所、石巻保健所、気仙沼保健所のみとなります。

※ その他の予約が必要な保健所は、各保健所ページで案内している方法で予約を受付しますので、あらかじめ御了承ください。

(往信)

63円切手
をお貼りく
ださい。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|

往復はがき往信面用のあ
て名をお貼りください。

発信者住所（御記入ください。）

〒

発信者氏名（御記入ください。）

(返信)

申請のありました事前予約については、

____月 ____日 ____時 ____分

で受付日程を確定しましたので、御承知ください。

当日は、チェックリストに記載されている書類すべてを御持参の上、上記の時間までに御来所ください。

また、日程の都合が悪くなった場合は、お手数ですが御連絡願います。

※ 往復はがき（裏面）

（返信）

63円切手
をお貼りく
ださい。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|

通知先住所（郵便番号とあわせて御記入ください。）

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

通知先氏名（御記入ください。）

様

（往信）

次の日程で、事前予約を希望します。

| 希望順位 | 日付 | 時間帯 |
|------|------|------------------|
| ※記載例 | 7月1日 | 10時から 11時までの間 |
| 第1希望 | 月 日 | 時から 時までの間 |
| 第2希望 | 月 日 | 時から 時までの間 |
| 第3希望 | 月 日 | 時から 時までの間 |

※申込み可能日程は、管轄保健所のページで確認ください。

※長い時間帯を御記入いただいた場合は、その時間帯内で、保健所で受付時間を決定させていただきます。

受給者番号

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| □ | □ | □ | □ | □ | □ | □ |
|---|---|---|---|---|---|---|

電話番号（日中連絡可能な番号）

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

御連絡ありがとうございました。

日程が確定しましたら、返信面の発送により連絡いたします。