

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

世帯按分

※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・大 昭・平 令 女	年 月 日 年齢
保護者 (患者が18歳未満の場合に記入)	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・大 昭・平 令 女	年 月 日 年齢
保護者 (患者が18歳未満の場合に記入)	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・大 昭・平 令 女	年 月 日 年齢
保護者 (患者が18歳未満の場合に記入)	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・大 昭・平 令 女	年 月 日 年齢
保護者 (患者が18歳未満の場合に記入)	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 _____

患者（又は保護者）氏名 _____

患者（又は保護者）氏名 _____

患者（又は保護者）氏名 _____

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