|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 小児慢性特定疾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 ・ 訪問看護事業所 |
| 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） | |
| 上記のとおり指定通知書の再交付を申請します。    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