様式第７号

世帯按分

小児慢性特定疾病及び特定医療費（指定難病）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								小児慢性 ・ 指定難病		
	フリガナ							性別	生年月日		
	氏名							男・女	平成・令和	年 月 日	年齢
保護者（患者が18歳未満の場合のみ記入）	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								小児慢性 ・ 指定難病		
	フリガナ							性別	生年月日		
	氏名							男・女	平成・令和	年 月 日	年齢
保護者（患者が18歳未満の場合のみ記入）	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								小児慢性 ・ 指定難病		
	フリガナ							性別	生年月日		
	氏名							男・女	平成・令和	年 月 日	年齢
保護者（患者が18歳未満の場合のみ記入）	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								小児慢性 ・ 指定難病		
	フリガナ							性別	生年月日		
	氏名							男・女	平成・令和	年 月 日	年齢
保護者（患者が18歳未満の場合のみ記入）	フリガナ							続柄	生年月日		
	氏名								明・大 昭・平	年 月 日	

私は小児慢性特定医療費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

保護者（又は患者）氏名

保護者（又は患者）氏名

保護者（又は患者）氏名

保護者（又は患者）氏名

以下記載不要です

保健所使用欄

添付書類チェック
□按分受給者証写し

HCNo