様式第８号

生保切替
開始･廃止

小児慢性特定疾病支給認定申請書

※太枠内を記載してください。

受給者番号							

患者	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	平成・令和	年　月　日	年齢
	フリガナ 住所	〒	電話番号	－	－	
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	
	フリガナ 住所	〒	電話番号	－	－	
患者が加入している医療保険	保険者名		保険者番号			
	被保険者氏名		記号・番号			
いずれかに☑	生活保護開始　□		生活保護廃止　□			

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

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（開始）
□生保証明

添付書類チェック（廃止）
□世帯調書 □保険情報書類（□：マイナ省略あり※様式第30） □住民票 □税証明（□：マイナ省略あり※様式第30） □マイナンバー本人確認（マイナ省略の場合） □マイナ省略確認書（様式第30） □年金・手当等証明書類 □非課税収入申告書 □生保廃止証明 □マイナ省略確認書(様式第30)

HCNo