

特定医療費（指定難病）/指定難病登録者証申請書・届出書

申請種別	受給者証記載事項変更 ・ 受給者証返還 ・ 受給者証再交付 / 指定難病登録者証記載事項変更 ・ 指定難病登録者証返還 ・ 指定難病登録者証再交付											
受給者番号												

● 受診者/要支援者に関する事項

フリガナ											生年月日						
氏名											大・昭						
個人番号												平・令	年	月	日		
住所	〒														電話	()	

● 保護者（受診者/要支援者が18歳未満の場合）、提出者（受診者と異なる場合）に関する事項

フリガナ											受診者/要支援者 との続柄						
氏名																	
個人番号																	
住所	〒														電話	()	

● 記載事項変更に関する事項（該当の変更事項に○を付けてください。）

変更事項	変 更 前										変 更 後			
氏名変更														
受給者証 / 指定難病登録者証※1														
住所変更	〒										〒			
受給者証 / 指定難病登録者証※2	電話 ()										電話 ()			
変更が生じた日	年 月 日													

※1 指定難病登録者証は紙交付のみ届出が必要。 ※2 指定難病登録者証は紙交付かつ交付前のみ届出が必要。

● 返還に関する事項（該当の返還事項・資格消滅事由に○を付けてください。）

返還事項	資格消滅事由										資格消滅年月日			
受給者証/指定難病登録者証 マイナンバー情報連携・マイナ ンバー情報連携+紙交付・ 紙交付	治ゆ / 死亡 / 転出 ※3 その他 ()										年 月 日			

※3 転出は受給者証のみ届出が必要。

● 再交付に関する事項（該当の再交付事項・再交付の理由に○を付けてください。）

再交付事項	再交付の理由													
受給者証 / 指定難病登録者証	紛失 / 破損・汚損 / その他 ()													

(あて先) 仙台市長

私は、申請、認定にあたり、仙台市が受診者及び受診者の属する世帯員の市町村民税情報や収入状況、医療保険の加入状況等について調査・閲覧することに同意します。
(上記について同意しない場合は、二重線で消し、市民税の課税（非課税）証明書等を添付してください。)

☐ 私は、特定医療費支給認定/指定難病登録者証申請書及び特定医療費受給者証に記載された事項の変更・返還・再交付について、上記のとおり届け出ます。

☐ 私は、特定医療費支給認定/指定難病登録者証申請書及び指定難病登録者証に記載された事項の変更・返還・再交付について、上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

受診者/要支援者
申請者氏名

(申請者は、18歳未満の場合は保護者、それ以外は受診者/要支援者本人です。)
(本人死亡の場合は、届出者の氏名を記入してください。)

― 仙台市処理欄 ―

仙台市収受印		センター受付印	
窓口 受付		センター 処理欄	

☐ 受給者証/指定難病登録者証即時発行済

☐ 受給者証/指定難病登録者証後日郵送 (月 日 発送)

☐ 処理不要