

特定医療費（指定難病）支給認定（新規・再認定・変更）／登録者証（指定難病）申請書（様式第1号）

※ 登録者証のみ申請する場合は、太枠内のみ記入してください。

申請種別	新規・転入・軽症者特例・副疾患追加・保険変更・高額かつ長期・変更その他（ ）・更新 / 登録者証											
病名	〔指定難病 告示番号 〕											
受給者番号												(新規申請者の受給者番号は記入不要)

● 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 平・令 年 月 日
個人番号												() 歳
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

● 医療保険に関する事項

												仙台市確認欄	
現在の保険	保険種別	後期高齢 ・ 国保 ・ 国保組合 ・ 社保（本人・家族）											
保険者						被保険者氏名						続柄	
保険者番号						記号						番号	枝番
変更後の保険 (保険変更のみ記入)	保険種別	後期高齢 ・ 国保 ・ 国保組合 ・ 社保（本人・家族）											
保険者						被保険者氏名						続柄	
保険者番号						記号						番号	枝番

● 世帯状況等に関する事項（同じ医療保険に加入している方を記入してください。）

											世帯員変更	有・無
氏名	続柄	生年月日	難病・小児慢性特定医療の有無 ※1								申請年の1月1日時点の住民登録地 ※2	
受診者	本人	大・昭・平・令 ・ ・	個人番号 ※申請年の1月1日時点の住民登録地が仙台市の場合は記入不要です。		人工呼吸器装着(24時間常時装着) 有・無						住民登録地が市外の場合 市・区 町・村	
			小慢	受給者番号 ()								
(フリガナ)		大・昭・平・令 ・ ・	難病・小慢	受給者番号 ()								住民登録地が市外の場合 市・区 町・村
(フリガナ)		大・昭・平・令 ・ ・	難病・小慢	受給者番号 ()								住民登録地が市外の場合 市・区 町・村
(フリガナ)		大・昭・平・令 ・ ・	難病・小慢	受給者番号 ()								住民登録地が市外の場合 市・区 町・村
(フリガナ)		大・昭・平・令 ・ ・	難病・小慢	受給者番号 ()								住民登録地が市外の場合 市・区 町・村
(フリガナ)		大・昭・平・令 ・ ・	難病・小慢	受給者番号 ()								住民登録地が市外の場合 市・区 町・村

※1 指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている方は、難病・小慢欄を○で囲み、その受給者番号を記載してください。（申請中の場合は「申請中」と記載してください。）

※2 申請年の1月1日時点での住民登録地が仙台市外の方は、都道府県及び市区町村名を記載してください。（申請する月が1月～6月の場合は、申請年の前年の1月1日時点の住民登録地で判断）

● 受診を希望する指定医療機関（主に受診する医療機関1カ所を記載してください。）

指定医療機関名	所在地
認定となった場合、上記の指定医療機関の他、各都道府県または政令指定都市で指定する難病指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護事業所）で受給者証が使用できます。ただし、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限ります。	

裏面へ続く

