

# 宮城県公報

発 行  
宮 城 県  
(総務部私学文書課)  
宮城県仙台市青葉区  
本町三丁目8番1号  
電話 022(211)2267  
(毎週火、金曜日発行)

## 目 次

ページ

### 規 則

○特定疾患に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

(疾病・感染症対策室)

一

## 規 則

特定疾患に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十二年八月三十日

宮城県知事 村 井 嘉 浩

○宮城県規則第六十三号

特定疾患に係る医療費用交付規則の一部を改正する規則

特定疾患に係る医療費用交付規則(平成十二年宮城県規則第九十二号)の一部を次のように改正する。

第四条第三項第一号中、「本項」を、「この項」に改め、同項第二号中、「維持する者」の下に、「(以下「生計中心者」という。)」を加える。

第五条の二第二項中、「悪化した」の下に、「ことにより再度受給者となろうとする」を加える。

第七条中、「なった者」の下に、「又はその法定代理人」を加える。

第八条第一項中、「加入している」を、「又は加入している」に改め、「又は特定疾患に係る医療を受ける医療機関(受給者に限る。)」を削り、同条第二項中、「氏名、住所又は加入している医療保険を変更した受給者又は軽快者にあつては」、「(氏名・住所・医療保険用)」及び、「特定疾患に係る医療を受ける医療機関を変更した受給者にあつては特定疾患医療受給者証変更申請書(医療機関用)(様式第八号)」を削り、同条第三項中、「医療機関を」の下に、「変更し、又は」を加え、「新たに知事の認定を受けなければ」を、「特定疾患医療受給機関変更届(様式第八号)」を知事に提出しなければ」に改め、同条第四項を削る。

第十条中、「受給者は、受給者証」を、「受給者は、第四条第二項の特定疾患医療受給者証交付申請書又は第八条第三項の特定疾患医療受給機関変更届」に改める。  
第十一条第一項ただし書中、「受給者」の下に、「又は当該受給者の生計中心者(以下この条において「受給者等」という。)」を加え、「当該受給者」を、「当該受給者等」に改め、同条第二項中、「受給者」を、「受給者等」に改める。  
様式第一号(表)を次のように改める。

申請区分	新規	継続	再申請	該当区分に○印をしてください。
重症申請	有・無	受給者番号 <small>(継続の方は記入してください)</small>		

特定疾患医療受給者証交付申請書

病名	フリガナ	性別	職業
	氏名	男・女	勤労者・自営業・アルバイト・パート 派遣・無職・その他( ) 今年の収入見込額
患者(受給者)	生年月日	明・大 年 月 日 満 歳	万円
	住所	(〒 宮城県 ) (電話 - - )	
生計中心者	氏名	患者との続柄	今年の収入見込額 万円
	住所	(〒 ) (電話 - - )	
今回の申請患者以外に既に同一生計内で特定疾患受給者証の交付を受けている者		有(氏名: ) 受給者番号: )	
保険	保険種別	全国健保・船員・組合・共済・後期高齢・国保(一般・退職・組合)	
	被保険者等	本人・家族(扶養者:生計中心者・その他)・国保一般	
医療機関	被保険者証発行機関	記号・番号	
	保険者番号	記号・番号	
	名称	(所在地: )	階層区分記入欄
	名称	(所在地: )	
	名称	(所在地: )	

私は提出した臨床調査個人票が厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾患研究の基礎資料として使用(詳細については、裏面のとおり)されることを同意した上で、上記のとおり特定疾患医療受給者証の交付を申請します。

宮城県知事 殿

年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(患者(受給者))

〒114-8501 東京都中央区

申請区分	新規	継続	重症切替	医療機関追加
				」

申請区分	新規	継続	重症切替
			」

「 申請区分 新規 継続 重症切替 」 住所及び氏名  
〒114-8501 東京都中央区

「 8. 特定疾患認定患者に対する通院介護料の助成制度がありますので、詳しくは、下記にお問い合わせください。 」

「 9. 上記各手続の詳細、その他特定疾患の医療の受給に關しての問い合わせがありましたら、下記に連絡してください。 」

「 8. 特定疾患認定患者に対する通院介護料の助成制度がありますので、詳しくは、下記にお問い合わせください。 」

「 TEL (022) 211 - 2636, 42500 」

〒114-8501 東京都中央区

「 8. 特定疾患認定患者に対する通院介護料の助成制度がありますので、詳しくは、下記にお問い合わせください。 」

「 9. 上記各手続の詳細、その他特定疾患の医療の受給に關しての問い合わせがありましたら、下記に連絡してください。 」

「 8. 特定疾患認定患者に対する通院介護料の助成制度がありますので、詳しくは、下記にお問い合わせください。 」

「 TEL (022) 211 - 2636, 42500 」

〒114-8501 東京都中央区

様式第6号(第7条関係)

特定疾患医療受給者(登録者)証返還届

宮城県知事 殿 ( 〒 - - ) 年 月 日

届出者住所

届出者氏名 印

受給者との続柄(患者の (軽快者) )

特定疾患に係る医療費用交付規則第7条の規定により、下記のとおり届け出ます。

受給者番号 (登録者番号)					重症患者認定 有・無
患者名		性別	男・女		
資格消滅事由	治ゆ・死亡・転出・他法 その他( )	資格消滅年月日		年月日	
適用					

(注) 1 返納する受給者証及び登録者証を必ず添付してください。  
 2 登録者証の返還の場合は、印の欄への記入は不要です。

様式第7号(第8条関係)

特定疾患医療受給者(登録者)証変更申請書

宮城県知事 殿 ( 〒 - - ) 年 月 日

申請者住所

申請者氏名 印

受給者との続柄(患者の (軽快者) )

特定疾患に係る医療費用交付規則第8条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

受給者番号 (登録者番号)					重症患者認定 有・無
患者氏名 (軽快者氏名)		変更後			
住所	( 〒 - - ) (電話 - - ) 宮城県 市・町・村 (マッシュルーム・アパート名, 室番号: )				
氏名 (フリガナ)					
医療保険	保険種別	全国健保・船員・組合・共済・後期高齢・国保(一般・退職・組合)			
	被保険者	本人・家族	記号・番号		
	被保険者証発行機関				
変更を生じた日	保険者番号		理由		

(注) 登録者証に係る変更申請の場合は、印の欄への記入は不要です。

様式第8号(第8条関係)

特定疾患医療受給機関変更届

年 月 日

宮城県知事

殿

(〒 - )

申請者住所

申請者氏名

受給者との続柄(患者の

印

)

特定疾患に係る医療費用交付規則第8条第3項の規定により、下記のとおり届け出ます。

受給者番号					重症患者認定	有・無
受給者氏名						
届出区分	医療機関変更	医療機関追加	該当区分に○印をしてください。			
変更前	医療機関名					
変更後 又は 追加	医療機関名					
	所在地	都・道・府・県		市・町・村		
	電話番号					
変更を生じた日	年 月 日	理由				

(注) 変更前欄には、医療機関を変更した場合のみ記載してください。

様式第9号(第9条関係)

特定疾患医療受給者(登録者)証再交付申請書

年 月 日

宮城県知事

殿

(〒 - )

申請者住所

申請者氏名

受給者との続柄(患者の  
(軽快者)

印

)

特定疾患に係る医療費用交付規則第9条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

受給者番号 (登録者番号)					重症患者認定	有・無
病名						
患者氏名						
生年月日	年 月 日	性別	男	女		
住 所						
再交付を申請する理由						

(注) 1 受給者証を破り、又は汚した場合には、当該受給者証及び登録者証を添付してください。

2 登録者証に係る再交付申請の場合は、印の欄への記入は不要です。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成二十二年十月一日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行前に、改正前の特定疾患に係る医療費用交付規則（以下「旧規則」という。）の規定よりなされた手続、処分その他の行為でこの規則の施行の際現に効力を有するものは、改正後の特定疾患に係る医療費用交付規則（以下「新規則」という。）の規定よりなされた手続、処分その他の行為とみなす。

3 旧規則の規定による様式で取扱い上著しく支障のないものについては、当分の間、新規則の規定によるものとみなす。