

申請日	令和 年 月 日	受給者との続柄 本人・その他 ()
届出者氏名		
電話番号		

受給者①									
児童②						児童④			
児童③						児童⑤			

母子・父子家庭医療費助成 資格登録申請書

仙台市 _____ 区長 宛

母子・父子家庭医療費助成の申請にあたり、仙台市母子・父子家庭医療費の助成に関する規則及び事務処理要領の内容に同意し、資格登録の申請を必要書類を添えて行います。また、資格の登録、更新に際して、受給者及び配偶者、扶養義務者の必要な公簿(住民基本台帳、課税台帳、個人番号による地方税関係情報・加入保険情報・戸籍関係情報等)の情報を仙台市の関係職員が閲覧すること、取得することに同意します。

※同意しない場合、前に掲げた文を二重線で消してください。その場合、別途税証明等の添付が必要となります。

受給者 (対象者)	氏 名		生 年 月 日	住 所						
	フリガナ		昭和・平成 年 月 日	仙台市 (青葉・宮城野・若林・太白・泉) 区						
配偶者 の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚の母 <input type="checkbox"/> 未婚の父 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 重度障害 <input type="checkbox"/> 遺棄 <input type="checkbox"/> 保護命令 <input type="checkbox"/> 拘禁 <input type="checkbox"/> 生死不明			事由発生日	年 月 日					
	氏 名		生 年 月 日	住 所						
配偶者 ※有の場合	フリガナ		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 受給者に同じ <input type="checkbox"/> 不明						
対象となる 児童	氏 名	居住形態	生 年 月 日	氏 名	居住形態	生 年 月 日				
	フリガナ	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成・令和 年 月 日	フリガナ	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	平成・令和 年 月 日				
	児童の住所 ※別居の場合									
扶養義務者	氏 名	続柄	生 年 月 日	氏 名	続柄	生 年 月 日				
	フリガナ (A)		昭和・平成 年 月 日	フリガナ (B)		昭和・平成 年 月 日				
受給者の 振込口座	金融機関名称			口座種別	口座番号		口座名義 (カタカナ)			
	銀行・金庫 本店			<input type="checkbox"/> 普通						
	組合・農協 支店			<input type="checkbox"/> 当座						
受給者の 住所地	本年1月1日	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県	市・区 町・村	個人番号	左記の住所地在「その他」の場合のみ記入				
	前年1月1日	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県	市・区 町・村						
配偶者の 住所地	本年1月1日	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県	市・区 町・村	個人番号	左記の住所地在「その他」の場合のみ記入				
	前年1月1日	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県	市・区 町・村						
扶養義務者 (A) の住所地	本年1月1日	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県	市・区 町・村	個人番号	左記の住所地在「その他」の場合のみ記入				
	前年1月1日	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県	市・区 町・村						
扶養義務者 (B) の住所地	本年1月1日	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県	市・区 町・村	個人番号	左記の住所地在「その他」の場合のみ記入				
	前年1月1日	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県	市・区 町・村						

添付書類のとおり (二重枠内の記入を省略する) ← 必ず「受給者の口座が確認できるもののコピー」を添付してください。

【仙台市記入欄】

取得事由	
<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 死別
<input type="checkbox"/> 生保廃止	
<input type="checkbox"/> 転入	
<input type="checkbox"/> ()	
令和 年 月 日	

資格区分	
母・父・養	児童
<input type="checkbox"/> 児扶認定	<input type="checkbox"/> 児扶認定
<input type="checkbox"/> 遺族年金等	<input type="checkbox"/> 遺族年金等
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 父母なし

他制度
<input type="checkbox"/> 児童手当
<input type="checkbox"/> こども医療
<input type="checkbox"/> 児扶
<input type="checkbox"/> 特児
<input type="checkbox"/> ()

健康保険加入日
① 平・令 年 月 日
② 平・令 年 月 日
③ 平・令 年 月 日
④ 平・令 年 月 日
⑤ 平・令 年 月 日

登録日	判定
① 令和 年 月 日	認定・停止
② 令和 年 月 日	認定・停止
③ 令和 年 月 日	認定・停止
④ 令和 年 月 日	認定・停止
⑤ 令和 年 月 日	認定・停止

不備書類	
<input type="checkbox"/> 保険情報 ()	<input type="checkbox"/> 番号確認 ()
<input type="checkbox"/> 口座	<input type="checkbox"/> 本人確認 ()
<input type="checkbox"/> 戸籍・児扶証書・年金証書	<input type="checkbox"/> その他 ()

個人番号確認
<input type="checkbox"/> 番号確認
<input type="checkbox"/> 本人確認

受付印	受付	担当
	<input type="checkbox"/> 郵送	
	<input type="checkbox"/> 窓口	
本人確認		
免・マイナ・他 ()		

判定	交付
<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 郵送
<input type="checkbox"/> 停止	<input type="checkbox"/> 窓口
<input type="checkbox"/> 却下	

特記事項	・申請入力 / ・決定入力 /	通知日 令和 年 月 日
------	-----------------	--------------

「市外在住かつ保険情報を情報照会する方」、「申請書の個人番号欄に記入がある方」は番号確認・本人確認が必要