

受給者 番号	子ども①								
	子ども②								
	子ども③								

## こども医療費助成資格登録申請書

仙台市 \_\_\_\_\_ 区長 宛

申請日	令和 年 月 日	こどもの続柄
届出者氏名		父・母 その他 ( )
電話番号	- -	

こども医療費助成の申請にあたり、仙台市こども医療費の助成に関する規則及び仙台市こども医療費の助成に関する規則実施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・加入健康保険情報等）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。

	フリガナ 氏名	生年月日	住 所
受給者 ※こどもの 健康保険 扶養者		昭和・平成 年 月 日	仙台市 _____ 区
配偶者 有・無		昭和・平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上
子ども①		平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上
子ども②		平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上
子ども③		平成・令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同上

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。

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	

以下の項目は、未就学児がいいらっしゃる方のみ記入してください。

受給者の 住所地と 個人番号	本年1月1日 の住所地	<input type="checkbox"/> 仙台市	都・道 府・県	市・区 町・村	個人番号
	前年1月1日 の住所地	<input type="checkbox"/> その他			
配偶者の 住所地と 個人番号	本年1月1日 の住所地	<input type="checkbox"/> 仙台市	都・道 府・県	市・区 町・村	個人番号
	前年1月1日 の住所地	<input type="checkbox"/> その他			

### 添付書類

<input type="checkbox"/> こどもの加入健康保険が 分かるもののコピー	(次のいずれか) ・資格確認書 ・資格情報のお知らせ（資格情報のお知らせの場合は受給者分も必要） ・マイナポータルの資格情報を印刷したもの
<input type="checkbox"/> 受給者の口座が 確認できるもののコピー	(次のいずれか) ・通帳（ネットバンクの場合はWEB通帳等） ・キャッシュカード 【金融機関名・支店名・口座種別・口座番号・口座名義（カナ）】がわかるページ

### 【仙台市記入欄】

取得事由		他制度	健康保険加入日	登録日
<input type="checkbox"/> 出生 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 生活保護廃止 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 児童手当 父・母 ( 済・公務員・他市 )	① 平・令 年 月 日 令和 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 転入 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他 ( ) 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 母子・父子家庭医療費助成	② 平・令 年 月 日 令和 年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 児扶 <input type="checkbox"/> 特児	③ 平・令 年 月 日 令和 年 月 日	
			・申請入力 / ・決定入力 /	

不備書類		個人番号確認	受付印	受付	担当	判定	交付
<input type="checkbox"/> 保険情報 ( )	<input type="checkbox"/> 番号確認 (父・母)	<input type="checkbox"/> 番号確認	[ 受付印 ]	<input type="checkbox"/> 郵送	[ 担当 ]	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 郵送
<input type="checkbox"/> 口座	<input type="checkbox"/> 本人確認 (父・母)	<input type="checkbox"/> 本人確認		<input type="checkbox"/> 窓口		<input type="checkbox"/> 停止	<input type="checkbox"/> 窓口
<input type="checkbox"/> その他 ( )				<input type="checkbox"/> 却下			
<input type="checkbox"/> メモ (裏面参照・ )							
				通知日 令和 年 月 日			

「市外在住かつ健康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