

養 育 医 療 給 付 申 請 書 (新 規 ・ 継 続)						
本 人	ふりがな		性別	生年月日	年 月 日	
	氏 名		男 ・ 女			
	住所地 (住民票所在地)	〒				
	現在地 (住所地と異なる場合)	〒				
扶 養 義 務 者	ふりがな		本人との 続柄			
	氏 名					
	居住地	〒				
	電話番号					
医療保険各法の 記号及び番号			保険者番号			
保険者等の名称						
希望する指定養育医療 機関の名称及び所在地 (所在地は本人現在地と 同じ場合は省略可能)		名 称	〒			
		所 在 地				
備 考						
* 以下について、同意する場合は、☑をつけてください。 同意されない場合は、書面での提供が必要となります。 ☐ 私は申請にあたり、仙台市が私及び生計を一にする世帯員の仙台市市民税情報及び子ども医療費助成の受給資格について調査・閲覧することに同意します。 * 仙台市に地方税関係情報がない方で、仙台市がマイナンバーを用いて他自治体から地方税関係情報を取得することに同意いただける方については、別紙の同意書を記載いただくことで書面での提出を省略できます。						
別紙関係書類を添えて上記の通り養育医療の給付を申請します。 仙 台 市 保 健 所 長 様 年 月 日 申請者住所 〒 申請者氏名 本人との続柄 電話番号						
申請受付年月日		年 月 日		決定年月日		年 月 日

【記載上の注意】
・「住所地」の欄は、住民票上の住所を記入してください。
・「現在地」の欄は、現在所在する場所を記入してください。病院等に入院しているときは、その住所を記入してください。
・「居住地」の欄は、現在居住している住所を記入してください。帰省等している場合は帰省先等を記入してください。