

↓太枠内をご記入ください。

受給者番号

仙台市 区長 宛 心身障害者医療費助成 資格登録申請書

心身障害者医療費助成の申請にあたり、仙台市心身障害者医療費の助成に関する規則及び規則実施要領の内容に同意し、必要書類を添えて資格登録の申請をします。また、資格の登録、更新及び医療費の助成に必要な公簿(障害者、受給者、配偶者及び扶養義務者の住民基本台帳、課税台帳、個人番号による地方税関係情報等)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。

申請日 令和 年 月 日	申請者氏名	障害者から みた続柄	連絡先 (電話)	申請者 上記以外	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> その他⇒()の連絡先
--------------------	-------	---------------	-------------	-------------	---

障害者本人が20歳以上:障害者本人、20歳未満:保護者が受給者となります。		受給者と同じ(障害者本人が20歳以上の場合)、記入を省略できます。			
受給者	氏名	生年月日	氏名	生年月日	
	フリガナ	昭和・平成・令和 年 月 日	フリガナ	昭和・平成・令和 年 月 日	
	個人番号 (マイナンバー)		個人番号 (マイナンバー)		

受給者の住所	仙台市(青葉・宮城野・若林・太白・泉)区				
	本年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他⇒	都・道 府・県 市・区 町・村	前年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他⇒
	障害者本人の現住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ <input type="checkbox"/> 受給者と別居⇒仙台市(青葉・宮城野・若林・太白・泉)区			

口座情報 ※受給者名義に限る	金融機関名称	種別	口座名義(カタカナ)	口座番号
	銀行・信金 組合・農協	支店 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		

健康保険 ※障害者本人の加入保険	保険者番号※左詰めで記入	資格取得日※障害者本人の資格取得日	被保険者名	障害者から みた続柄
		昭和・平成・令和 年 月 日		

資格区分	身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級(内部) <input type="checkbox"/> 3級(外部)	特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
	療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B(障害基礎年金受給)	精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級

受給者の配偶者・扶養義務者(同居家族や健康保険の被保険者等)についてご記入ください。欄が足りない場合は、裏面に続けてご記入ください。

1	氏名	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ			
	フリガナ	住所	本年1月1日時点	都・道 府・県 市・区 町・村	前年1月1日時点
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	障害者から みた続柄	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他⇒	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他⇒	都・道 府・県 市・区 町・村
個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ					
2	氏名	<input type="checkbox"/> 同上			
	フリガナ	住所	本年1月1日時点	都・道 府・県 市・区 町・村	前年1月1日時点
	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	障害者から みた続柄	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他⇒	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他⇒	都・道 府・県 市・区 町・村
個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ					

〔 仙台市記入欄 〕

不足書類	提出日	取得事由	該当日	処理状況	受付印
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金証書 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 特児証書 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> その他	年 /	<input type="checkbox"/> 障害該当⇒(手帳交付・特児認定) ※精神手帳等の場合は、有効期限⇒	年 / 年 /	受付日 年 /	
<input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 障害基礎年金証書 <input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 特児証書 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> その他	年 /	<input type="checkbox"/> 転入	年 /	入力日 年 /	
		<input type="checkbox"/> その他	年 /	通知日 年 /	

マイナンバー確認	本人確認	判定結果	特記事項
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	<input type="checkbox"/> 手帳 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 特児証書 <input type="checkbox"/> その他	所得判定 ※ 受給者 <input type="checkbox"/> 超過(以上) <input type="checkbox"/> 以下(未満) 配偶者 <input type="checkbox"/> 超過(以上) <input type="checkbox"/> 以下(未満) 扶養義務者 <input type="checkbox"/> 超過(以上) <input type="checkbox"/> 以下(未満) 判定結果 <input type="checkbox"/> 認定⇒(該当・非該当) <input type="checkbox"/> 却下 有効期限 年 / ~ 年 /	65歳以上の場合:後期加入案内 <input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 案内済⇒(申請済・検討中・加入しない)

※障害者本人が20歳未満の場合は、()内の判定基準となります。

3	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村		<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村			
	生年月日	障害者から みた続柄		本年 1月1日 時点	_____		前年 1月1日 時点	_____					
	昭和・平成・令和			_____		_____							
年	月	日	個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ										
4	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村		<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村			
	生年月日	障害者から みた続柄		本年 1月1日 時点	_____		前年 1月1日 時点	_____					
	昭和・平成・令和			_____		_____							
年	月	日	個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ										
5	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村		<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村			
	生年月日	障害者から みた続柄		本年 1月1日 時点	_____		前年 1月1日 時点	_____					
	昭和・平成・令和			_____		_____							
年	月	日	個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ										
6	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村		<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村			
	生年月日	障害者から みた続柄		本年 1月1日 時点	_____		前年 1月1日 時点	_____					
	昭和・平成・令和			_____		_____							
年	月	日	個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ										
7	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村		<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村			
	生年月日	障害者から みた続柄		本年 1月1日 時点	_____		前年 1月1日 時点	_____					
	昭和・平成・令和			_____		_____							
年	月	日	個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ										
8	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村		<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村			
	生年月日	障害者から みた続柄		本年 1月1日 時点	_____		前年 1月1日 時点	_____					
	昭和・平成・令和			_____		_____							
年	月	日	個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ										
9	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村		<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡ _____		都・道 府・県 市・区 町・村			
	生年月日	障害者から みた続柄		本年 1月1日 時点	_____		前年 1月1日 時点	_____					
	昭和・平成・令和			_____		_____							
年	月	日	個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ										