

↓太枠内をご記入ください。

受給者番号

記入例(新規)

宛 心身障害者医療費助成 資格登録申請書

※1 別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
 ※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、別途税証明等の必要となります。

申請日 令和 ●年 ●月 ●日	申請者氏名 仙台 花子	障害者からみた続柄 本人	連絡先(電話) 申請者 ●●●●-●●●●-●●●● 上記以外 <input type="checkbox"/> 受給者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 → (仙台太郎)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。	
氏名 フリガナ センダイ ハナコ 仙台 花子	生年月日 昭和●平成●令和 ●年 ●月 ●日	氏名 フリガナ	生年月日 昭和●平成●令和
個人番号(マイナンバー) 1111111111111111		個人番号(マイナンバー)	

**障害者本人が20歳未満の場合
ご記入ください。**

受給者の住所 仙台市(青葉・宮城野・若林・太白・泉)区 ●●●●町●●●丁●●●-●●●	本年1月1日時点 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 →	都・道 府・県 市・区 町・村
障害者本人の現住所 <input checked="" 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				

※2

口座情報 ※受給者名義に限る	金融機関名称 ●●●●銀行・信金 ●●●●組合・農協	種別 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座名義(カタカナ) センダイ ハナコ	口座番号 1234567
-------------------	----------------------------------	---	-------------------------------	------------------------

※3

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 123456	資格取得日※障害者本人の資格取得日 昭和●平成●令和 ●年 ●月 ●日	被保険者名 仙台 花子	障害者からみた続柄 本人
資格区分	身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級(内部) <input type="checkbox"/> 3級(外部)	療育手帳 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B(障害基礎年金受給)	特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	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 フリガナ センダイ タロウ 仙台 太郎	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ	生年月日 昭和●平成●令和 ●年 ●月 ●日	障害者からみた続柄 夫
	本年1月1日時点 <input checked="" 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 checked="" 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 222222222222			
2	氏名 フリガナ ダテ イチロウ 伊達 一郎	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 同上	生年月日 昭和●平成●令和 ●年 ●月 ●日	障害者からみた続柄 父
	本年1月1日時点 <input checked="" 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 checked="" 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			

※1 申請書に記載の内容についてお尋ねすることがありますので、日中連絡のつく電話番号をご記入ください。
 申請者の電話番号の他にご希望の連絡先がある場合のみ、「上記以外」もご記入ください。

※2 ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名・7桁の口座番号をご記入ください。

※3 保険者番号とは、保険証の下の方にある6桁または8桁の番号です。

※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。

