

受給者 番号						
-----------	--	--	--	--	--	--

※1 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書の助成に必要な公簿(障害者、受給者、配偶者及び扶養親族)の住民基本台帳、課税台帳、個人番号による地方税関係職員が閲覧すること、取得することに同意します。また、申請書に提出した書類の写しを提出した日から10日以内に消していただく。その場合、別途証明書の添付が必要です。

※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です。

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)場合は、記入を省略できます。

**障害者本人が20歳未満の場合は
ご記入ください**

※2

※3

※障害者本人
の加入保険

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。

「仙台市記入欄」

※3 保険者番号とは、マイナポータル画面や資格確認書等にある6桁または8桁の番号です。

判定結果	☐ 認定➡(該当・非該当)	☐ 却下
有効期限	年 / ~ 年 /	

（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）

2	氏 名		住所	☒ 同上													
	フリガナ																
	伊達 一郎																
	生 年 月 日			障害者から みた続柄		本 年 1月1日 時 点		☒ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県		前 年 1月1日 時 点		☒ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県	
昭和・平成・令和								市・区 町・村						市・区 町・村			
● 年 ● 月 ● 日		父		個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ													
3	氏 名		住所	☐ 同上													
	フリガナ																
	生 年 月 日			障害者から みた続柄		本 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県		前 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県	
	昭和・平成・令和									市・区 町・村						市・区 町・村	
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																
	生 年 月 日			障害者から みた続柄		本 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県		前 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県	
	昭和・平成・令和									市・区 町・村						市・区 町・村	
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																
	生 年 月 日			障害者から みた続柄		本 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県		前 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県	
	昭和・平成・令和									市・区 町・村						市・区 町・村	
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																
	生 年 月 日			障害者から みた続柄		本 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県		前 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県	
	昭和・平成・令和									市・区 町・村						市・区 町・村	
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																
	生 年 月 日			障害者から みた続柄		本 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県		前 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県	
	昭和・平成・令和									市・区 町・村						市・区 町・村	
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																
	生 年 月 日			障害者から みた続柄		本 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県		前 年 1月1日 時 点		☐ 仙台市 ☐ その他 ➡		都・道 府・県	
	昭和・平成・令和									市・区 町・村						市・区 町・村	
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													