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

子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	子どもとの続柄
届出者氏名		父　・　母 その他（　　）
電話番号	－　　－	

子ども医療費助成の申請にあたり、仙台市子ども医療費の助成に関する規則及び仙台市子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 ※お子様の保険扶養者		昭和・平成 年　月　日	仙台市　　区
配偶者 有・無		昭和・平成 年　月　日	□同上
子ども①		平成・令和 年　月　日	□同上
子ども②		平成・令和 年　月　日	□同上
子ども③		平成・令和 年　月　日	□同上

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	□普通		
	組合・農協	支店	□当座		

以下の項目は、未就学のお子様が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	□仙台市	都・道	市・区	個人番号	
		□その他 →	府・県	町・村		
	前年1月1日の住所地	□仙台市	都・道	市・区		本年1月1日の住所地または前年1月1日の住所地が「その他」の場合のみ記入
		□その他 →	府・県	町・村		
配偶者の住所地と個人番号	本年1月1日の住所地	□仙台市	都・道	市・区	個人番号	
		□その他 →	府・県	町・村		
	前年1月1日の住所地	□仙台市	都・道	市・区		本年1月1日の住所地または前年1月1日の住所地が「その他」の場合のみ記入
		□その他 →	府・県	町・村		

※添付書類　　□お子様の健康保険証のコピー

□受給者の口座が確認できるもののコピー

[仙台市記入欄]

取得事由	
□ 出生 令和　年　月　日	□ 生活保護廃止 令和　年　月　日
□ 転入 令和　年　月　日	□ その他（　　） 令和　年　月　日

他制度	
□ 児童手当　父・母	
（ 済 ・ 公務員 ・ 他市 ・ 超過 ）	
□ 母子・父子家庭医療費助成	
□ 児扶	□ 特児

	健康保険加入日	登録日
①	平・令　年　月　日	令和　年　月　日
②	平・令　年　月　日	令和　年　月　日
③	平・令　年　月　日	令和　年　月　日

・申請入力　　/　　・決定入力　　/

不備書類	
□ 保険証　（　　）	□ 番号確認　（父・母）
□ 口座	□ 本人確認　（父・母）
□ その他　（　　）	
□ メモ　（裏面参照・　　）	

個人番号確認
□ 番号確認
□ 本人確認

受付印

受付	担当
□ 郵送	
□ 窓口	

判定	交付
□ 認定	□ 郵送
□ 停止	□ 窓口
□ 却下	

通知日	令和　年　月　日