

受給者 番号	子ども①								
	子ども②								
	子ども③								
	子ども④								

子ども医療費助成 資格喪失届

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	- -	

下記のとおり、子ども医療費助成の資格喪失を提出します。

■資格喪失の事由が生じた年月日を記入のうえ、該当する喪失事由等に☑してください。

喪失 事由等	事由発生日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/>	対象児童の仙台市外転出 【転出先住所 _____】
	<input type="checkbox"/>	対象児童の生活保護受給開始
	<input type="checkbox"/>	対象児童の死亡
	<input type="checkbox"/>	上記以外の事由 (_____)

■受給者・配偶者について記入してください。

受給者	氏名	フリガナ _____	生年月日	昭和・平成 年 月 日
配偶者 有・無	氏名	フリガナ _____	生年月日	昭和・平成 年 月 日

■資格喪失となる対象児童について記入してください。

対象 児童	氏名	生年月日	氏名	生年月日
	子ども①	フリガナ _____ 平成・令和 年 月 日	子ども③	フリガナ _____ 平成・令和 年 月 日
	子ども②	フリガナ _____ 平成・令和 年 月 日	子ども④	フリガナ _____ 平成・令和 年 月 日

■子ども医療費助成登録口座の解約の有無について☑してください。

登録 口座	<input type="checkbox"/> 解約しない		
	<input type="checkbox"/> 解約する → 保険診療により自己負担した医療費があり、今後助成申請する場合は下記に新しい口座を記入してください。		
新しい 登録 口座	金融機関 名称	銀行・金庫 組合・農協	本店 支店
	口座名義 (カタカナ)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座 番号

[仙台市記入欄]

他制度の該当	
有・無	児童手当
有・無	母子父子医療
有・無	児童扶養手当
有・無	特児手当

証回収	
<input type="checkbox"/>	済 / (子ども① ② ③ ④)
<input type="checkbox"/>	返送依頼
<input type="checkbox"/>	その他

特記事項	

受付	受付印
<input type="checkbox"/> 郵送	
<input type="checkbox"/> 窓口	
担当	

・申請入力 _____ / _____
 ・決定入力 _____ / _____