

↓太枠内をご記入ください。

受給者番号

心身障害者医療費助成 資格登録申請書

記入例(新規)

※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を助成に必要な公簿(障害者、受給者、職員が閲覧すること、取得すること)に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が必要となります。

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)場合は、記入を省略できます。	
受給者	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	障害者本人
受給者の住所	仙台市(青葉・宮城野・若林・太白・泉)区 ●●●●町●●丁目●●-●●		
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 checked="" type="checkbox"/> 仙台市 <input 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		

障害者本人が20歳未満の場合はご記入ください

※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 1 2 3 4 5 6 7
-------------------	----------------------------------	--	-------------------------------	-----------------------

※3

健康保険	保険者番号※左詰めで記入 1 2 3 4 5 6	保険者名 ●●●●共済組合	被保険者氏名 仙台 花子	障害者からみた続柄 本人
※障害者本人の加入保険	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	記号 ●●●●	番号 ●●●●	枝番 ●●

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)	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 フリガナ センダイ タロウ 仙台 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 同上	住所	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
	生年月日 昭和(平成)令和 ●年 ●月 ●日	障害者からみた続柄 夫	個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ	●●●●●●●●●●●●●●●●

- 1 保手 そ
- 2 保手 そ
- マ マイ 通知 その

- ※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。
- ※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、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。

※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	<input checked="" type="checkbox"/> 同上					
	フリガナ			フリガナ イダ イチロウ					
	生年月日			障害者からみた続柄		個人番号(マイナンバー)		※住所が仙台市外の場合のみ	
	昭和 平成 令和			父					
3	氏名		住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	フリガナ			フリガナ					
	生年月日			障害者からみた続柄		個人番号(マイナンバー)		※住所が仙台市外の場合のみ	
	昭和・平成・令和								
4	氏名		住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	フリガナ			フリガナ					
	生年月日			障害者からみた続柄		個人番号(マイナンバー)		※住所が仙台市外の場合のみ	
	昭和・平成・令和								
5	氏名		住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	フリガナ			フリガナ					
	生年月日			障害者からみた続柄		個人番号(マイナンバー)		※住所が仙台市外の場合のみ	
	昭和・平成・令和								
6	氏名		住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	フリガナ			フリガナ					
	生年月日			障害者からみた続柄		個人番号(マイナンバー)		※住所が仙台市外の場合のみ	
	昭和・平成・令和								
7	氏名		住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	フリガナ			フリガナ					
	生年月日			障害者からみた続柄		個人番号(マイナンバー)		※住所が仙台市外の場合のみ	
	昭和・平成・令和								
8	氏名		住所	<input type="checkbox"/> 同上					
	フリガナ			フリガナ					
	生年月日			障害者からみた続柄		個人番号(マイナンバー)		※住所が仙台市外の場合のみ	
	昭和・平成・令和								