

申請日	令和 年 月 日	子どもとの続柄 父・母
届出者氏名		その他()
電話番号		

受給者①									
子ども②						子ども④			
子ども③						子ども⑤			

母子・父子家庭医療費助成 登録事項変更届

仙台市 _____ 区長 宛

仙台市母子・父子家庭医療費の助成に関する規則及び事務処理要領の内容に同意し、変更届を提出します。また、受給者及び配偶者、扶養義務者の必要な公簿(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。

■「変更事由等」・「受給者」・「対象となる子ども」について、必要事項を記入及び☑してください。

変更事由等	事由発生日	令和 年 月 日		受給者(対象者) ①	氏 名				生年月日	
	<input type="checkbox"/> 市内転居				フリガナ				昭・平 年	
	<input type="checkbox"/> 振込口座の変更								月 日	
	<input type="checkbox"/> 同居者の変更									
	<input type="checkbox"/> その他の事由()									
<input type="checkbox"/> 児童のみ市外転居							月 日			
<input type="checkbox"/> 健康保険の変更										
<input type="checkbox"/> 氏の変更(☐受給者・☐子)							月 日			
<input type="checkbox"/> 市内転居										

対象となる子ども	氏 名		生年月日		氏 名		生年月日	
	子ども②	フリガナ		平・令 年		子ども④	平・令 年	
				月 日			月 日	
	子ども③	フリガナ		平・令 年		子ども⑤	平・令 年	
			月 日			月 日		

■以下については、変更となる登録事項の該当部分のみ、必要事項を記入及び☑してください。

受給者の市内転居	転居後の住所	仙台市 (青葉・宮城野・若林・太白・泉) 区				転居状況	<input type="checkbox"/> 受給者と子ども全員 <input type="checkbox"/> その他 ()					
							<input type="checkbox"/> 受給者のみ					
受給者と別居した子ども	氏名	フリガナ		別居事由	<input type="checkbox"/> 就学・就職 <input type="checkbox"/> 監護者変更 (元配偶者等)		住所					
同居者の変更	(1)	氏名	フリガナ		生年月日	昭・平 年		変更事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 縁組 <input type="checkbox"/> 転出			
					月 日		<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他()					
	住所(転入のみ)	本年 1月1日	<input type="checkbox"/> 仙台市 都・道 市・区		個人番号	左記の住所地在「その他」の場合のみ記入						
		前年 1月1日	<input type="checkbox"/> その他➡ 府・県 市・区 町・村									
(2)	氏名	フリガナ		生年月日	昭・平 年		変更事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 縁組 <input type="checkbox"/> 転出				
				月 日		<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> その他()						
振込口座の変更	受給者の振込口座	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							
その他の変更事由	具体的内容	※上記に該当しない変更事由がある場合は、変更前後の状況を記入してください。										

[仙台市記入欄]

不備書類等 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> その他 ()	個人番号 <input type="checkbox"/> 番号確認 <input type="checkbox"/> 本人確認	他制度の該当 有・無 児童手当 有・無 子ども医療 有・無 児童扶養手当 有・無 特児手当	特記事項 	受付 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口 担当	受付印
健康保険変更日 ① 平・令 年 月 日 ② 平・令 年 月 日 ③ 平・令 年 月 日 ④ 平・令 年 月 日 ⑤ 平・令 年 月 日			証回収 <input type="checkbox"/> 済 / (① ② ③ ④ ⑤) <input type="checkbox"/> 返送依頼 <input type="checkbox"/> その他 ()	受給者証交付	
			本人確認 <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()	交付方法 通知日 <input type="checkbox"/> 郵送 令和 年 / <input type="checkbox"/> 窓口 月 日 <input type="checkbox"/> 不要	・申請入力 / ・決定入力 /