

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 資格喪失届

仙台市 _____ 区長 宛

下記のとおり、母子・父子家庭医療費助成の資格喪失届を提出します。

■「資格喪失事由等」・「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。

資格喪失事由等	事由発生日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 受給者の市外転居	<input type="checkbox"/> 生活保護受給開始
	<input type="checkbox"/> 婚姻	<input type="checkbox"/> 受給者死亡
	<input type="checkbox"/> 事実婚（異性との同居）	<input type="checkbox"/> 対象となる子の死亡
	<input type="checkbox"/> 辞退	
	<input type="checkbox"/> その他の事由()	

受給者 (対象者) ①	氏名	生年月日
	フリガナ	昭・平 年 月 日

■資格喪失となる子どもについて記入してください。

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 月 日	子ども④	フリガナ	平・令 年 月 日
子ども③	フリガナ	平・令 年 月 日	子ども⑤	フリガナ	平・令 年 月 日	

■母子・父子家庭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	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	受付印
<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口	
担当	

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

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 ()

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