

## 仙台市ウクライナ避難民に対する医療費助成金 給付申請書

申請日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

(あて先) 仙台市長 郡 和子 様

仙台市ウクライナ避難民に対する医療費助成金について、裏面の【誓約・同意事項】を全て確認しました。全事項に誓約・同意の上、仙台市補助金等交付規則第3条及び仙台市ウクライナ避難民に対する医療費助成金給付事務実施要綱第6条の規定により、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

## 記

- 1 申請者（2の給付対象者が18歳未満又は成年被後見人である場合は法定代理人、それ以外の場合は給付対象者本人が申請者となります）

申請者	(フリガナ) 氏名		生年月日
			年 月 日
	住所 (居所)		連絡先電話番号
	仙台市		

- 2 給付対象者（いずれかのにチェックしてください）

申請者と同じ（枠内は記入不要です）

申請者と異なる（枠内に記入してください）

【給付対象者】次の①、②、③の全てに当てはまる方が対象です。

① 日本政府が認定したウクライナ避難民である方

② 次のA、Bのいずれかに当てはまる方

A: 仙台市の住民基本台帳に記載されている方

B: 短期滞在の在留資格の方で、仙台市の職員が居住実態を確認できた方

③ 次のC、Dのいずれにも当てはまらない方

C: 他の地方公共団体及び法人等によるウクライナ避難民の医療費の助成を目的とする金銭の給付等を受けている方

D: 「生活に困窮する外国人に対する生活保護の措置について」（昭和29年5月8日付社発第382号厚生省社会局長通知）に基づき生活保護に準ずる措置を受ける方

給付対象者	(フリガナ) 氏名		生年月日
			年 月 日
	住所 (居所)		
	仙台市		

- 3 申請内容（給付額は審査の結果決定されるため、支払額と一致するとは限りません）

番号	診療年月日	保険医療機関等の名称	区分	支払額
1	年 月 日		通院・調剤・往診 入院・訪問介護	円
2	年 月 日		通院・調剤・往診 入院・訪問介護	円
3	年 月 日		通院・調剤・往診 入院・訪問介護	円
4	年 月 日		通院・調剤・往診 入院・訪問介護	円
5	年 月 日		通院・調剤・往診 入院・訪問介護	円

※支払額のうち、高額療養費や公費による給付を受けることができる額は対象となりません

必ず裏面も確認・記入してください

- 4 助成金の受給方法（いずれかのにチェックしてください）
- 日本国内の金融機関への口座振込を希望します（請求者名義又は代理人名義の口座）
  - 現金での受給を希望します（日本国内の金融機関に口座がまだない場合など）
- 5 申請回数（いずれかのにチェックしてください）
- 初回の申請です →6、7両方の書類を添付してください
  - 2回目以降の申請です  
→7の書類のみ添付してください（ただし、以前提出した5の書類の記載事項に変更がある場合はその書類も添付してください）
- 6 初回申請時提出書類
- <原則全員提出するもの>
- 給付対象者の在留カード（両面）又はパスポートのコピー  
※パスポートの場合は以下の面全てのコピーをとる。
    - ・旅券面（旅券番号、顔写真、氏名、生年月日、性別、国籍等が記載された見開き面）
    - ・日本国査証（ビザ情報が記載されたシール面）及び証印（上陸許可の表示があるシール面）
    - ・日本入国日及びウクライナ出国日がわかる面（空港のスタンプ面）
  - 給付対象者のウクライナ避難民であることの証明書  
※まだ受取っていない場合は仙台市から出入国在留管理庁に確認するため不要です。
- <仙台市に住民登録している場合>
- 給付対象者の住民票の写しのコピー（記載情報に省略のないもの（個人番号、住民票コードを除く））  
※国民健康保険又は後期高齢者医療制度に加入している場合は不要です。
- <仙台市に居住しているが、まだ在留資格が「短期滞在」の場合>
- （様式2）居所申告書
- <健康保険に加入している場合>
- 被保険（扶養）者証等のコピー
  - 限度額適用認定証等のコピー  
※表面3に記入した支払額の合計が次の額に満たない場合は添付不要です  
・保険加入者が70歳以上の場合：8,000円 ・保険加入者が70歳未満の場合：35,400円
- <申請者が給付対象者と異なる場合>
- 申請者が給付対象者の法定代理人であることがわかる書類及び申請者の写真付公的身分証明書

## 7 毎回提出書類

以下の書類のほか、仙台市から給付決定を受けた後に請求書等の提出が必要です

- 保険医療機関等が発行した保険診療に係る保険点数（金額）の記載のある領収書等（原本）  
※3に記入した申請内容に係るもの全て  
※保険にまだ加入しておらず、全額自己負担した場合や治療器具を作った場合などに必要な提出書類については仙台市交流企画課（電話：022-214-1252）に確認してください。

【誓約・同意事項】（全ての事項について誓約・同意する場合はにチェックする）

- 下記全ての事項に誓約・同意の上、本助成金の給付を申請します

- 表面2に記載の本助成金の給付対象者の要件全てに該当します。
- 本申請書に記入した支払額について、高額療養費や公費による給付が行われる場合には、当該給付を受けることができる限度において本助成金は給付されないことを理解しています。
- 本申請書に記入した支払額について、食事療養、入院時生活療養、高度の医療技術を用いた療養、特別の病室の提供等に係る給付等については本助成金の対象とならないことを理解しています。
- 本助成金の該当性について審査するため、仙台市が給付対象者の住民基本台帳情報、在留情報、医療保険情報、医療助成制度の受給状況等の公簿の確認を行うことや、必要な資料の提供を他の行政機関等に求めることに同意します。
- 公簿等で確認できない場合は、仙台市からの求めに応じ関係書類の提出を行うことに同意します。
- 本助成金を申請した事実について、仙台市が公表する申請人数に含めることに同意します。（氏名や住所等の公表は行いません）
- 本申請書等に不備があった場合、又は仙台市が給付決定をした後に請求書等の不備による振込不能等の事由により給付が完了しなかった場合において、仙台市が指定する期日までに申請者の責に帰すべき事由により不備の補正に至らなかった場合は、本助成金が給付されないことに同意します。
- 本助成金の給付後、本申請書等の記載事項について虚偽であることが判明した場合や、支給要件に該当しないことが判明した場合、又は申請した支払額に係る高額療養費等を本助成金と重複して受給したことが判明した場合には、本助成金の全部又は一部を返還します。なお、返還時に必要となる市が指定する口座への振込手数料等の費用を負担することに同意します。
- 本助成金の給付を受ける権利は、譲り渡し、又は担保に供してはならないことを理解しています。