

↓太枠内をご記入ください。

受給者番号

仙台市 区長 宛 心身障害者医療費助成 登録事項変更届

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、必要書類を添えて変更届を提出します。また、必要な公簿(障害者、受給者、配偶者及び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情報、加入保険情報等)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。

届出日 届出者 障害者からみた続柄 連絡先(電話) 届出者 上記以外

■現在(変更前)の登録内容

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)場合は、記入を省略できます。

■事由発生日、及び変更となる登録事項等についてご記入ください(該当部分のみ、☑及び必要事項をご記入ください)。

事由発生日 令和 年 月 日

市内転居 仙台市(青葉・宮城野・若林・太白・泉)区

振込口座 金融機関名称 種別 口座名義(カタカナ) 口座番号

健康保険 保険者番号 保険者名 被保険者氏名 障害者からみた続柄

資格区分 前 後 身体:□1級 □2級 □3級内部 □3級外部 特児:□1級 □2級 療育:□A □B(障害基礎年金受給) 精神:□1級

その他 (具体的内容をご記入ください。)

受給者や配偶者、同居家族・健康保険の被保険者等に変更があった場合にご記入ください。欄が足りない場合は、裏面に続けてご記入ください。

〔 仙台市記入欄 〕

不足書類 提出日

判定結果 判定不要(住所変更のみ等)⇒以下記載不要

処理状況 受付日 入力日 通知日

マイナンバー確認 本人確認

特記事項

証回収状況

受付印

2	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			本年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村	前年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村
	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												
	年 月 日												
前	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他			➡	後	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他							
3	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			本年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村	前年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村
	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												
	年 月 日												
前	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他			➡	後	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他							
4	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			本年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村	前年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村
	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												
	年 月 日												
前	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他			➡	後	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他							
5	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			本年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村	前年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村
	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												
	年 月 日												
前	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他			➡	後	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他							
6	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			本年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村	前年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村
	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												
	年 月 日												
前	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他			➡	後	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他							
7	氏名		住所	□同上									
	フリガナ			本年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村	前年1月1日時点	□仙台市 □その他➡			都・道 府・県 市・区 町・村
	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												
	年 月 日												
前	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他			➡	後	□受給者 □配偶者 □扶養義務者 □その他							