

↓ 太枠内をご記入ください。

受給者番号

記入例(変更)

身体障害者医療費助成 登録事項変更届

※この届出は、身体障害者医療費助成の給付を受けるための届出です。必ず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、個人番号による地方税関係情報、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、別途税証明書の提出が必要となります。

届出日 令和 ●年 ●月 ●日	届出者 仙台 花子	障害者からみた続柄 本人	申請者 ●●●●-●●●●-●●●● 連絡先(電話) 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 ●●●●-●●●●-●●●●
-----------------------	---------------------	------------------------	--

■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。	
氏名 フリガナ ダテ ハナコ 伊達 花子	生年月日 昭和 平成 令和 ●年 ●月 ●日	氏名 フリガナ	生年月日
個人番号(マイナンバー) 1111111111111111		個人番号(マイナンバー)	

障害者本人が20歳未満の場合は
ご記入ください

■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)。

※2-1 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
●●●●町●●丁目●●●●

※2-2 振込口座 ※受給者名義に限る
金融機関名称 ●●●●銀行・信金 組合・農協 ●●●●支店 種類 普通 当座
口座名義(カタカナ) **センダイ ハナコ** 口座番号 **1234567**

※3 保険者番号 ※左詰めで記入

保険者番号	保険者名	被保険者氏名	障害者からみた続柄

※4 健康保険
資格取得日 ※障害者本人の資格取得日 記号 番号 枝番
昭和・平成・令和 年 月 日

※2-3 資格区分 前 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
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 → 有効期限: 年 月 日まで

☑その他 (具体的内容をご記入ください)
氏名変更(伊達 花子 → 仙台 花子)

※2-4 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。

氏名 フリガナ センダイ タロウ 仙台 太郎	住所 <input checked="" type="checkbox"/> 受給者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 → 都・道 府・県 <input checked="" type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他 → 市・区 市・区 ●●●●市●●●●町●●●●
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 2222222222222222	

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

- ※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 記入例は、婚姻に伴い、①住居が変更、②振込口座の名義が変更、③氏名が変更、④関係者の変更(配偶者が新たに関係者になった、これまで同居していた父が関係者でなくなった)となった場合です。状況により異なりますので、ご不明点等については、お住いの区の区役所・総合支所にお問い合わせください。
- ※3 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。
- ※4 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。

2	氏名		住所	□同上					
	フリガナ ダテ イチロウ			仙台市▲▲区▲▲▲▲町▲▲丁目▲▲-▲▲					
	伊達 一郎			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	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
	生年月日	障害者からみた続柄		市・区 町・村	市・区 町・村	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	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			➡	後	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input checked="" type="checkbox"/> その他			
3	氏名		住所	□同上					
	フリガナ								
	本年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡		都・道 府・県	前年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡	都・道 府・県		
	生年月日	障害者からみた続柄		市・区 町・村	市・区 町・村	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	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			➡	後	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			
4	氏名		住所	□同上					
	フリガナ								
	本年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡		都・道 府・県	前年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡	都・道 府・県		
	生年月日	障害者からみた続柄		市・区 町・村	市・区 町・村	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	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			➡	後	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			
5	氏名		住所	□同上					
	フリガナ								
	本年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡		都・道 府・県	前年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡	都・道 府・県		
	生年月日	障害者からみた続柄		市・区 町・村	市・区 町・村	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	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			➡	後	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			
6	氏名		住所	□同上					
	フリガナ								
	本年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡		都・道 府・県	前年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡	都・道 府・県		
	生年月日	障害者からみた続柄		市・区 町・村	市・区 町・村	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	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			➡	後	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			
7	氏名		住所	□同上					
	フリガナ								
	本年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡		都・道 府・県	前年1月1日時点	<input type="checkbox"/> 仙台市 <input type="checkbox"/> その他➡	都・道 府・県		
	生年月日	障害者からみた続柄		市・区 町・村	市・区 町・村	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	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			➡	後	<input type="checkbox"/> 受給者 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 扶養義務者 <input type="checkbox"/> その他			