

↓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

※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。

申請日	申請者氏名	障害者からみた続柄	日中連絡を取ることができる連絡先(電話)
令和 ●年 ●月 ●日	仙台 花子	本人	●●●●-●●●●-●●●● ☐ 申請者 ☐ 受給者 ☐ その他()

■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	生年月日	氏名	生年月日
フリガナ ダテ ハナコ 伊達 花子	昭和・平成・令和 ●年 ●月 ●日	フリガナ 氏名	生年月日
個人番号 (マイナンバー)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	個人番号 (マイナンバー)	

■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

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 ●●●●町●●丁目●●-●●
--	--

※2-②

☒ 振込口座 ※受給者名義に限る	金融機関名称	種別	口座名義(カタカナ)	口座番号
	銀行・信金 組合・農協	支店	センドイ ハナコ	1 2 3 4 5 6 7

※3

保険者番号※左詰めで記入	保険者名	被保険者氏名	障害者からみた続柄
資格取得日※障害者本人の資格取得日 昭和・平成・令和 年 月 日	記号	番号	枝番

※4

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	→	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

※2-③

☒ 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
生年月日	昭和・平成・令和 ●年 ●月 ●日
障害者からみた続柄	夫
住所	本 年 1月1日 時 点 住所 仙台市 都・道 府・県 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 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
前	後
☐ 受給者 ☐ 配偶者 ☐ 扶養義務者 ☒ その他	☐ 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 仙台市▲▲区▲▲▲▲町▲▲丁目▲▲-▲▲											
	フリガナ			本年1月1日時点		都道府県		前年1月1日時点		都道府県					
	伊達 一郎			□仙台市 □その他➡		市・区 町・村		□仙台市 □その他➡		市・区 町・村					
	生年月日			障害者から みた続柄											
	(昭和・平成・令和)			父		個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ									
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		都道府県		前年1月1日時点		都道府県					
				□仙台市 □その他➡		市・区 町・村		□仙台市 □その他➡		市・区 町・村					
	生年月日			障害者から みた続柄											
	昭和・平成・令和					個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ									
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		都道府県		前年1月1日時点		都道府県					
				□仙台市 □その他➡		市・区 町・村		□仙台市 □その他➡		市・区 町・村					
	生年月日			障害者から みた続柄											
	昭和・平成・令和					個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ									
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		都道府県		前年1月1日時点		都道府県					
				□仙台市 □その他➡		市・区 町・村		□仙台市 □その他➡		市・区 町・村					
	生年月日			障害者から みた続柄											
	昭和・平成・令和					個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ									
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		都道府県		前年1月1日時点		都道府県					
				□仙台市 □その他➡		市・区 町・村		□仙台市 □その他➡		市・区 町・村					
	生年月日			障害者から みた続柄											
	昭和・平成・令和					個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ									
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		都道府県		前年1月1日時点		都道府県					
				□仙台市 □その他➡		市・区 町・村		□仙台市 □その他➡		市・区 町・村					
	生年月日			障害者から みた続柄											
	昭和・平成・令和					個人番号(マイナンバー) ※住所が仙台市外の場合のみ									
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			