

↓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 資格喪失届**

下記の事由により心身障害者医療費助成の資格を喪失しましたので、資格喪失届を提出します。

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			□申請者 □受給者 □その他(_____)

■現在(喪失前)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。			
受 給 者	氏 名	生 年 月 日	障 害 者 本 人	氏 名	生 年 月 日
	フリガナ	昭和・平成・令和		フリガナ	昭和・平成・令和
		年 月 日			年 月 日

■事由発生日、及び喪失事由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		
☐死亡	相続放棄を ☐する ☐しない⇒下記「受領申出書兼送付先住所設定申出書」をご記入ください。		
☐市外転居	☐生活保護受給	☐障害程度変更	☐年齢到達
☐その他	(具体的内容をご記入ください。)		

■登録口座の解約有無について、☑及び必要事項をご記入ください。

登 録 口 座	☐解約しない ☐解約する⇒保険診療により自己負担した医療費があり、今後申請(受領)する場合は、新しい登録口座をご記入ください。			
	金 融 機 関 名 称	種 別	口 座 名 義 (カタカナ)	口 座 番 号
新 し い 登 録 口 座	銀行・信金 組合・農協	支店 ☐普通 ☐当座		

↓死亡による喪失の場合のみご記入ください(相続放棄する場合は記入不要です)。

心身障害者医療費助成金に係る受領申出書兼送付先住所設定申出書

◎私(受取人)は、上記被相続人(受給者)の相続人の代表として、心身障害者医療費助成金の受領を行うことを申し出ます。
他の相続人に対しましては、私が責任を持って異議のないように処理し、仙台市が一切関与しないことに同意します。また、心身障害者医療費助成金の支給対象者であることを確認するため、被相続人と受取人に係る住民基本台帳等を仙台市が必要な範囲で調査することに同意します。
※同意しない場合や、住民基本台帳の調査で受取人が法定相続人であることが確認できない場合には、戸籍謄本等を提出していただく場合があります。

◎心身障害者家庭医療費助成の送付先を、下記のとおり設定ください。
今後、住民登録または送付先の住所に変更があった場合には、速やかに届出し、届出しなかった場合には、変更前の住所に書類が送付されることに同意します。また、仙台市区役所戸籍住民課、宮城総合支所戸籍住民課及び秋保総合支所税務住民課(以下、「戸籍住民課等」という。)が行う住民登録地における住居の実態調査に必要があるときは、私が届け出た送付先住所設定申出書に記載された情報を住民登録地の戸籍住民課等の職員に対し提供することに同意します。
※受取人の住所以外を送付先に設定する場合は、受取人の住所を送付先に「設定しない」に☑のうえ、別途申出書をご提出ください。

受 取 人	氏 名	住 所	連 絡 先
	フリガナ	☐受給者と同じ	☐上部の連絡先と同じ
	障害者から みた続柄	受取人の住所を送付先に ☐設定する ☐設定しない	

〔 仙台市記入欄 〕

不足書類	提出日
1	年 /
2	年 /

本人確認		
☐マイナンバーカード	☐手帳	☐免許証
☐保険	☐特児通知書等	
☐その他		

証回収状況
☐回収
☐未回収 ⇒返信用封筒渡済

処理状況	
受付日	年 /
入力日	年 /

受付印

特記事項