

↓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。

届出日、届出者、障害者からみた続柄、連絡先(電話)の届出者情報欄

■現在(喪失前)の登録内容

受給者本人が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、死亡、市外転居、生活保護受給、障害程度変更、年齢到達、その他

■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、新しい登録口座、金融機関名称、種別、口座名義(カタカナ)、口座番号

↓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。
◎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。

受取人、氏名、住所、連絡先、受取人の住所を送付先に設定するかどうか

〔 仙台市記入欄 〕

不足書類、提出日、処理状況、特記事項、本人確認、証回収状況、受付印