

様式第7号(第11条関係)

重度心身障害者医療費助成金受給資格喪失届出書

令和 年 月 日

静岡市長 様

住 所

氏 名

次のとおり、重度心身障害者医療費助成金受給資格を喪失したので、届け出ます。

受給者氏名		
受給者証	番 号	第 号
資格喪失の理由	① 死亡 ② 転出 ③ 生活保護開始 ④ 保険満了(継続) ⑤ その他	
資格喪失年月日	年 月 日	

(注)受給者証を添付してください。

※受給者証回収

有

無 理由:

相続人代表者指定（変更）届

令和 年 月 日

静岡市長様

(届出者) 住所

氏名

被相続人に係わる重度心身障害者医療費助成金の受領に係わる代表者を指定（変更）しましたので、次のとおり届け出ます。また、この届に関する一切の責任は届出者が責任を負います。

被相続人	氏名		死亡年月日	年 月 日
	住所	静岡市		
相続人代表者	氏名		被相続人との続柄	
	住所	TEL		

※亡くなられた方と相続人代表者が、現在、市内に同一世帯にない場合は、親族関係が確認できる書類（戸籍謄本の写し等）を提出して下さい。

口座振込依頼書

被相続人の助成金については、下記の口座に振り込んでいただくよう依頼します。

氏名 _____

金融機関名	銀行		支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 口座名義人			

区記入欄

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 同一世帯確認済み | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本の写し有り（同一世帯でない） |
| <input type="checkbox"/> 通帳又はキャッシュカードの写し有り | <input type="checkbox"/> 通帳又はキャッシュカードの持参確認有り |
| <input type="checkbox"/> 通帳又はキャッシュカード持参なし | |

記載例

相続人代表者指定（変更）届

静岡市長様

令和●●年●●月●●日

(届出者) 住所 静岡市葵区追手町5番1号
(現住所を記入ください。)
氏名 静岡 葵

被相続人に係る重度心身障害者医療費助成金の受領に係る代表者を指定（変更）しましたので、次のとおり届け出ます。

被相続人	氏名	静岡 太郎	死亡年月日	令和●●年●●月●●日
	住所	静岡市葵区追手町5番1号		
相続人代表者	氏名	静岡 葵	被相続人との続柄	子
	住所	静岡市葵区追手町5番1号	Tel.	054-221-1198

ゆうちょ銀行へ振込みする場合の支店名・口座番号は、お通帳の記号・番号ではなく、「他金融機関からの振込の受取口座として利用する場合の店名と口座番号」を指定してください。※通帳に記載さ

私が、今回受け取られていない場合には、ゆうちょ銀行に確認してください。

氏名	静岡 葵		
金融機関名	●● 銀行	●	支店
預金種別	普通当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
フリガナ 口座名義人	シズオカ 静岡	アオイ 葵	