

医療費助成受給資格等変更（喪失）届

(種別)

年 月 日

- 1 子ども(様式第6号) (宛先) 大和郡山市長
- 2 ひとり親家庭等(様式第6号)
- 3 心身障害者(様式第6号) 申請者 住所
- 4 重度心身障害老人等(様式第3号)

氏名

印

受給資格者	氏名	生年月日	受給者番号	氏名	生年月日	受給者番号
		年 月 日生			年 月 日生	
		年 月 日生			年 月 日生	
		年 月 日生			年 月 日生	

下記のとおり届け出ます。

変更内容	変更後	変更前
氏名		
住所	TEL — —	
扶養義務者等 (種別2・3・4)	個人番号 事由: 1. 変更 2. 追加 3. 取消 ※変更後の扶養義務者については、地方税関係情報取得に関する同意書を添付してください。	
主たる養育者 (種別1)	事由: 1. 保険(被保険者)変更による 2. 1以外( ) ※別途、「乳幼児/子ども医療費受給資格証交付(更新)申請書・子ども医療費助成金支給申請書」をご提出ください。	
等級変更 (種別3・4)		

●変更後 ※変更後の保険証等の写し(上記受給資格者全員分)を、裏面に貼付してください

加入医療保険	1. 被保険者変更なし		2. 被保険者変更あり(下欄にご記入ください)		
	変更後の被保険者	フリガナ 氏名	生年月日 年 月 日生 個人番号	受給資格者との続柄	住所 <1/1現在の住所>

●変更後(医療費助成支給申請者名義の口座をご記入ください)

名義人について(右記該当項目に☑してください): 申請者 相続人 代理人(要委任状)

振込口座	銀行	本店	口座番号				口座名義人(フリガナ)
	( )	信用金庫 農協	支店 出張所	普通	当座		

※申請者または相続人の方以外の口座を希望される場合は、委任状をご記入ください。

<委任状>私(申請者)は下記の者を代理人と定め、医療費助成金の受領に関する権限を委任します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人住所 \_\_\_\_\_ 代理人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

所得状況の変更	1. 所得の更正	2. 各種控除(扶養控除含む)の変更	3. その他( )
---------	----------	--------------------	-----------

資格喪失理由	1 死亡	2 他市町村に転出	3 保険喪失
	4 生保開始	5 婚姻(種別2の場合)	6 等級変更(種別3・4の場合)
	7 切替(他の公費をうけるようになった)		
	8 その他( )		

変更(喪失)年月日	年 月 日
-----------	-------

区分	県単	市単	停止	処理	受付
----	----	----	----	----	----

保険証（写）を貼付してください。

以下の項目は記入しないでください。

※所得状況	申請者(対象者)	配偶者	及び	扶養義務者	※備考
氏名					【同所同番地の居住地に関する事項】
①控除対象配偶者及び扶養親族の合計数 ＜うち、①老人扶養親族(70歳以上) ②特定扶養親族(19歳以上23歳未満) ③扶養親族(16歳以上19歳未満)＞	人 (①) 人 (②) 人 (③) 人	人 (①) 人		人 (①) 人	
② ①以外で前年12月31日において申請者によって生計を維持していた児童＜ひとり親の場合＞					
所得額					
金品等（養育費）の額（8割分） ＜ひとり親の場合＞					【その他事項】
控除額計					
※控除後の所得額					
制限額					

※ 審査

制限内（認定）

・ 超過（停止）