

医療費助成受給資格等変更（喪失）届

年 月 日

(宛先) 大和郡山市長

(種別)

- 1 心身障害者（様式第6号）

2 重度心身障害老人等（様式第3号）
- 申請者

氏名
- 住所

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	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。	
等級変更		

- 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。
保険証等の写しがない場合は、下欄の加入医療保険欄にご記入ください。

加入医療保険	1. 被保険者変更なし		2. 被保険者変更あり	
	被保険者氏名	生年月日	受給資格者との続柄	住所
		年 月 日生		
		個人番号		<1/1時点の住所>
	保険者番号	保険者名称		
	資格取得年月日	記号	番号	
	年 月 日			

- 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 続柄（ ） ☐代理人（要委任状）

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

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（ ）
---------	---------------------------------------

資格変更(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
	7 切替（他の公費をうけるようになった）		8 保険変更
	9 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	
----	--------------	----	--	----	--

保険証等（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同一生計配偶者及び扶養親族の合計数 うち、④70歳以上の者の数 ②特定扶養親族(19歳以上23歳未満)の数 ③扶養親族(16歳以上19歳未満)の数	人	人		人	
	(①)人	(④)人		(④)人	
	(②)人				
	(③)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>					【その他事項】
所得額					
金品等（養育費）の額（8割分） <ひとり親の場合>					
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）
------	------------------