

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

| 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<br>(種別2・3・4) | 個人番号<br>事由: 1. 変更 2. 追加 3. 取消<br>※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<br>(種別1)     | 事由: 1. 保険(被保険者)変更による 2. 1以外( )<br>※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<br>(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<br>氏名 | 生年月日<br>年 月 日生<br>個人番号  | 受給資格者との続柄 | 住所<br><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<br>農協 | 支店<br>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 \_\_\_\_\_

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同一生計配偶者及び扶養親族の合計数                            | 人        | 人     |    | 人     |                   |
| うち、①70歳以上の者の数                                 | (①) 人    | (①) 人 |    | (①) 人 |                   |
| ②特定扶養親族(19歳以上23歳未満)の数                         | (②) 人    |       |    |       |                   |
| ③扶養親族(16歳以上19歳未満)の数                           | (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)<br><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)