

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）
- 2 ひとり親家庭等（様式第6号）

(宛先) 大和郡山市長

申請者 住所

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 (種別2)	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。	

- 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。※被保険者と申請者が異なる場合は、別途「被保険者届出書および同意書」が必要です。
- 1. 被保険者変更なし 2. 被保険者変更あり

加入医療保険	被保険者氏名	申請者との続柄	住所
	資格取得年月日 年 月 日	記号	番号
	保険者番号	保険者名称	

- 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	支店					
	農協	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 切替(他の公費をうけるようになった) 7 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	人	人		人	
うち、④70歳以上の者の数	(④) 人	(④) 人		(④) 人	
⑤特定扶養親族(19歳以上23歳未満)の数	(⑤) 人				
⑥扶養親族(16歳以上19歳未満)の数	(⑥) 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）
------	------------------