

子 ども も 医療費医療証交付申請事項変更届
 青森市 ひとり親家庭等医療費受給資格変更(消滅)届
 重度心身障害者医療費受給者証等交付申請事項変更届

年 月 日

青森市長様

(住 所 青森市
 申
 請 連絡先 ()
 者) ふりがな
 氏 名

子 ども も
 次のとおり、 ひとり親家庭等 医療費受給に関し、交付申請及び受給者証等の内容に
 重度心身障害者 変更がありましたので届けます。

受給者番号		受給者氏名	
変更年月日	年 月 日		
変更の内容	(1) 住 所	新住所:	
	(2) 保険変更 被保険者(保護者)	<small>被保険者(保護者)</small> 国保・社保 / () → 国保・社保・後期 / () <small>被保険者(保護者)</small>	
	(3) 世帯変更	分離・加入 (変更者名:) / 課税・非課税 → 課税・非課税	
	(4) 資格喪失	年齢到達 (1歳・18歳) / 婚姻 / 生保開始 / 死亡 / 手帳 (級 → 級)	
		助成制度の変更 (子ども・ひとり親・重度 → 子ども・ひとり親・重度)	
	(5) 振込口座	転出(新住所:)	
振込口座 口座番号		銀行 支店 口座名義人 (カタカナ)	
(6) その他			

注) 1 変更の内容欄の該当する事項を○で囲んでください。
 2 資格喪失の際は受給者証等を添付してください。

受	付	確	認	備	考