

子 ども 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

〇〇年 〇〇月 〇〇日

青 森 市 長 様

(住 所 青森市新町1丁目3-7
申

請 連絡先 017 (734) 1111

者) ふりがな 氏 名 ^{あおもり たろう} 青森 太郎

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

受給者番号	1234537	受給者氏名	青森 太郎
変更年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
変更の内容	(1) 住 所	新住所:	
	(2) 保険変更 <small>被保険者(保護者)</small>	<small>被保険者(保護者)</small> 国保・社保 / () → 国保・ 社保 ・後期 / ()	
	(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) 転出(新住所:)	
	(5) 振込口座	銀行	支店
口座番号		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。