

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 あおもり はなこ  
氏名 青森 花子

子ども医療費医療証交付申請事項変更届  
 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  
 重度心身障害者医療費受給者証等交付申請事項変更届  
 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 花子
	2345371		青森 太郎

変更年月日 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

変更内容	(1) 住所	新住所:
	(2) 保険変更 <small>被保険者(保護者)</small>	<b>国保</b> ・社保 / ( <small>被保険者(保護者)</small> ) → 国保・ <b>社保</b> ・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: )
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。