青森市 □子　ど　も □ひとり親家庭等 □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

（申請者）
住所　青森市
連絡先　（　）
ふりがな
氏名　※

※本人が手書き(自署)しない場合は、記名押印してください。

次のとおり、□子　ど　も □ひとり親家庭等 □重度心身障害者 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		受給者氏名	
変更年月日	年　月　日		

変更の内容	(1) 住所変更	新住所:
	(2) 保険変更 被保険者(保護者)	国保・社保 /（被保険者(保護者)）→ 国保・社保・後期 /（被保険者(保護者)）
	(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。

受付	確認	備考