

子ども福祉医療費受給資格等変更(喪失)届

この欄は必ずご記入ください

		R6年4月1日	
届出者	氏名	秋田市朗	
	住所	秋田市山王一丁目1番1号	
(受給者) 子ども	氏名	秋田花子	
	受給者番号	00000000	
	生年月日	R2年6月15日	※処理欄 住民番号
該当する事由を○で囲んでください。公簿等で確認できる場合は証する書類を省略できます			
1 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">保護者等の婚姻</span> ※1 4 その他 2 保護者等の離婚 3 保護者等の所得変更			
事由発生日 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ポイント②</span> 年 月 日			
保護者等の婚姻(事実婚を含む)の場合に記入			
受給資格変更事由	氏名	生年月日	世帯状況
	アキタ イチコ	S60年1月20日	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同居
	秋田市子	連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と別住所(※) ※所得確認のため、委任状が必要です
	同意 <input checked="" type="checkbox"/>	市長が、受給資格に係る事項について、公簿等(マイナンバー制度)により確認することに同意します。	母 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ポイント③</span>
	住所	※届出者と別住所の場合は記入してください	
	本年1月1日時点の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外 ( 都道府県 市区町村)	
昨年1月1日時点の住所地	<input checked="" type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外 ( 都道府県 市区町村)		
該当する事由を○で囲んでください。公簿等で確認できる場合は証する書類を省略できます			
喪失事由			
1 受給者が市外に転出 6 障がい児医療費助成の開始 2 受給者の死亡 7 その他 3 医療保険資格喪失 4 生活保護の開始 5 児童福祉施設等の入所 (入所先 )			
事由発生日 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">ポイント②</span> 年 月 日			

**ポイント①**  
届出者は受給者(子ども)と同居する保護者になります。

**ポイント②**  
事由発生日は、それぞれの事由が発生した日にしてください。  
例) 婚姻→婚姻日 離婚→離婚日

**ポイント③**  
配偶者が申請者と別住所に居住(住民票上)している場合、所得確認のための委任状が必要です。また、現住所の住所地を記入してください。