

# 子ども福祉医療費受給資格等変更（喪失）届

(宛先) 秋田市長

年 月 日

届出者	氏名			連絡先							
	住所										
(受給者) 子ども	氏名			受給者番号							
	生年月日	年 月 日		※処理欄	住民番号						
受給資格変更事由	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 保護者等の婚姻 ※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		年 月 日								
	※1 保護者等の婚姻の場合は以下もご記入ください。										
	配偶者氏名	フリガナ		氏名		生年月日		子ども から見た 続柄	世帯状況		
						年 月 日			<input type="checkbox"/> 申請者と同居  <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		
						連絡先					
						携帯		-			
同意		<input 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る情報連携を含む。）により確認することに同意します。								
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 type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外 ( <span style="margin-left: 20px;">都道府県</span> <span style="margin-left: 20px;">市区町村</span>							
昨年1月1日時点の住所地				<input type="checkbox"/> 本市 <input type="checkbox"/> 本市以外 ( <span style="margin-left: 20px;">都道府県</span> <span style="margin-left: 20px;">市区町村</span>							
喪失事由	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 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		年 月 日									
※処理欄	子福・市民課		制度切替	→	受付者	確認者	子福	発行日	回収日		
	西部・北部・南部・駅東										
	河辺・雄和		自己負担	→				/	/		

※印欄は記入しないでください。