ひとり親家庭等医療費助成資格認定申請書

令和　　　年　　　月　　　日

 　神戸市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例の規定に基づき、資格の認定を申請します。

なお、受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、調査対象者の地方税情報、加入医療保険の資格、その他の情報を調査〈マイナンバー制度による情報連携（税情報は含まない）によるものを含む。〉することについて同意します。また、神戸市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則第10条に規定する更新を行う場合についても、当該調査を行うことに同意します。福祉医療費の適正な支給のために必要がある場合は、関係機関に市が照会することに同意します。

**提出書類等の相互利用に関する同意**

 　（申請者）

住所　神戸市

私が、ひとり親家庭等医療費助成または児童扶養手当の受給資格認定申請で提出した「資格審査に必要な書類および情報」を、ひとり親家庭等医療担当課および児童扶養手当担当課の両者間で、相互利用することに（ **□ 同意します。）**

※同意がない場合、それぞれの担当課に戸籍謄本等の必要書類を提出していただくことになります。

　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－

 ※日中に連絡がつく電話番号（携帯電話等）を記入してください。

氏名

（注）この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。

神戸市　　　　区長 宛

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　　請　　対　　象　　者別紙① | フリガナ | 　　　　 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 昭・平・令　　　年　　月　　日 |
| 氏　名 | 　　　　 | 男・女 | 　　　 |
| 勤務先又は学　校　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号　　　　　‐　　　　　‐　　　　 |
| フリガナ | 　　　　 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 昭・平・令　　　年　　月　　日 |
| 氏　名 | 　　　　 | 男・女 | 　　　 |
| 勤務先又は学　校　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号　　　　　‐　　　　　‐　　　　 |
| フリガナ | 　　　　 | 性別 | 続柄 | 生年月日 | 昭・平・令　　　年　　月　　日 |
| 氏　名 | 　　　　 | 男・女 | 　　　 |
| 勤務先又は学　校　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電話番号　　　　　‐　　　　　‐　　　　 |
| １月１日現在の住所 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 養　育　費 | 　令和　　　　年の受取総額　　　　　　　　　　　　　　 | 円 |
| 対象者となった事　　　　　由 | 1 配偶者（又は父母）と死別　　　 2 離婚　　　3 配偶者（又は父母）の生死が不明4 配偶者（又は父母）から遺棄　　 5 未婚6 配偶者（又は父母）が海外7 配偶者（又は父母）が障害により労働能力喪失8 配偶者（又は父母）が拘禁9 その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 対象者となった年　　月　　日 | 昭・平・令　　　　　年　　月　　日　 | 添付書類 | 1 児童扶養手当証書（写）　　2 遺族年金証書（写）3 戸籍謄本　　4 その他（　　　　　　　　　　　　　） |
| お住まいの住居の名　　　　　　義 | １　申請対象者の名義の住居　　（家賃やローンの支払者の氏名：　　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　）２　申請対象者以外の名義の住居（名義人氏名：　　　　　　　　　　　　　　　続柄：　　　　　） |
| 加入医療保険 | [ ]  別紙のとおり**健康保険証のコピー または 【別紙】健康保険情報 を添付してください。** |

**（注）裏面もご記入ください。**

〔事務処理欄〕資格取得年月日（　　・　　・　　）　異動コード（　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請の事由 | 事由発生年月日 | 平成・令和　　　年　　　月　　　日 | 公開の状況部分公開非公開公　開情報公開条例第10条第1号に該当分類　17・04・05・04　保存5年 |
| □事由に該当　　　　　　　　□他の市(区)町村からの転入（　　　　　　　　　　）□医療保険加入資格の取得 □前年所得が制限額以下　□生活保護の停(廃)止　　　　 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 資格審査 | ・　　・ | １ 認定　　２ 却下（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 決裁 | 課長 | 担当係長 | 係 | 公簿確認 |  |  | 世帯番号 |

・申請対象者以外の同居者（住民票が一緒でも別であっても記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 性別 | 続柄 | 勤務先又は学校名 | 福祉医療をお持ちの方は該当するものを○で囲んでください。 |
| 　　　　　　　　　　　　 | 男・女 | 　 | 　　 | こども医療・高齢期移行者医療重度障害者医療・高齢重度障害者医療ひとり親家庭等医療 |
| 大 昭 平 令　　年 　月　 日生 | (TEL 　　-　　　-　　　） |
| 　　　　　　　　　　　　 | 男・女 | 　 | 　　 | こども医療・高齢期移行者医療重度障害者医療・高齢重度障害者医療ひとり親家庭等医療 |
| 大 昭 平 令　　年 　月　 日生 | (TEL 　　-　　　-　　　） |
| 　　　　　　　　　　　　 | 男・女 | 　 | 　　 | こども医療・高齢期移行者医療重度障害者医療・高齢重度障害者医療ひとり親家庭等医療 |
| 大 昭 平 令　　年 　月　 日生 | (TEL 　　-　　　-　　　） |
| 　　　　　　　　　　　　 | 男・女 | 　 | 　　 | こども医療・高齢期移行者医療重度障害者医療・高齢重度障害者医療ひとり親家庭等医療 |
| 大 昭 平 令　　年 　月　 日生 | (TEL 　　-　　　-　　　） |
| 　　　　　　　　　　　　 | 男・女 | 　 | 　　 | こども医療・高齢期移行者医療重度障害者医療・高齢重度障害者医療ひとり親家庭等医療 |
| 大 昭 平 令　　年 　月　 日生 | (TEL 　　-　　　-　　　） |

※同居者がいる場合、住民票が一緒か別かに関わらず、原則として生計を同一にしているとみなしますので、民法上の扶養義務者については所得調査対象者となり、所得状況の確認を行います。

・児童扶養手当又は遺族年金等受給の有無（該当するものを☑してください。）

[ ] 　受給している。　　 [ ] 　児童扶養手当（証書番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

[ ] 　遺族基礎年金等

[ ] 　受給していない。 [ ] 　同居家族に所得があるため　　[ ] 　公的年金を受給中のため

　　　　　　　　　　 [ ] 　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

[ ] 　現在申請中

・所得状況申告書（　　　年度所得）

　令和　　年１月１日～１２月３１日の収入および所得について記入してください。

**※次の①～③いずれかに該当する方は金額の記入の必要はありませんので、氏名・生年月日のみ記入し、税申告欄の「□ 申告済（以下記入不要）」にチェック☑を入れてください。**

①所得税の確定申告または市県民税の申告をされた方　②給与収入のみでお勤め先から給与支払報告書が提出されている方

③公的年金等収入のみで年金支払者から公的年金等支払報告書が提出されている方

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 助成対象者 | 助成対象者を扶養している者 | 助成対象者を扶養している者 |
| 氏名 |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 | 　　　年　　　月　　　日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 税申告 | [ ] 　申告済（以下記入不要）[ ] 　未申告 | [ ] 　申告済（以下記入不要）[ ] 　未申告 | [ ] 　申告済（以下記入不要）[ ] 　未申告 |
| 収入なし | [ ] 　収入なし | [ ] 　収入なし | [ ] 　収入なし |
| 遺族年金・障害者年金等収入額 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 老齢年金・退職年金等収入 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 給与収入額（パート収入を含む） |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |
| その他の所得※営業所得等の場合年間総収入－必要経費 | 具体的な所得の内容（　　　　　　　　　　　　　） | 具体的な所得の内容（　　　　　　　　　　　　　） | 具体的な所得の内容（　　　　　　　　　　　　　） |
|  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |

※この申告書は、ひとり親家庭等医療費助成の所得判定において利用するものであり、市県民税のためのものではありません。

※所得が３５万円を超える場合は、市県民税の申告が必要な場合がありますので、市税事務所の窓口へご相談ください。