

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、資格認定については貴市が所得調査対象者の市県民税の賦課状況を調査することに異議ありません。
また、複数の医療費助成制度の資格を同一人物が同一期間に有することが条例上認められていないことから、この申請に基づく資格が認定されたときは、他の医療費助成制度の資格を同時に喪失することに同意します。

住所 _____

申請者 _____ 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) 1 この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。
2 個人が申請する場合において、当該本人が自署するときは、押印は不要です。

神戸市 区長 宛

申請対象者	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	TEL - -
	フリガナ		性別	続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日
対象者	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	TEL - -
	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	TEL - -
1月1日現在の住所						
養育費	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称	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:)					
☑医療保険は別紙のとおり	加入医療保険	フリガナ	続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
		被保険者氏名				
		住所				
		記号	番号			
		保険者番号	保険者名称		国・社共・健	
	資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日	交付年月日	昭・平・令 年 月 日		

(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						
	<input type="checkbox"/> 事由に該当 <input type="checkbox"/> 他の市(区)町村からの転入 () <input type="checkbox"/> 医療保険加入資格の取得 <input type="checkbox"/> 前年所得が制限額以下 <input type="checkbox"/> 生活保護の停(廃)止 <input type="checkbox"/> その他 ()		公開	部分公開	非公開				
資格審査	. .	1 認定 2 却下 ()	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						
課長	担当係長	係	公簿確認	住民票	所得	保険資格	異動入力	証作成	世帯番号

