

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) この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。
代理人が記入する場合は押印してください。

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
	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:)					
☑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

・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。
大昭平令 年 月 日生	男・女		(TEL - -)	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	男・女		(TEL - -)	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	男・女		(TEL - -)	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	男・女		(TEL - -)	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	男・女		(TEL - -)	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

※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）

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	<input type="checkbox"/> 申告済（以下記入不要） <input type="checkbox"/> 未申告		<input type="checkbox"/> 申告済（以下記入不要） <input type="checkbox"/> 未申告		<input type="checkbox"/> 申告済（以下記入不要） <input type="checkbox"/> 未申告	
収入なし	<input type="checkbox"/> 収入なし		<input type="checkbox"/> 収入なし		<input type="checkbox"/> 収入なし	
遺族年金・障害者年金等収入額						円
高齢年金・退職年金等収入						円
給与収入額（パート収入を含む）						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

※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。