

『【ひとり親家庭等医療】更新申請書 兼 資格喪失届』 記入見本

注意

- 父、母または養育者が記入してください。
- 黒インクのペンで記入してください（鉛筆・摩擦熱で消えるインクなどの筆記用具は使用しないでください）。
- 記入漏れのないよう、封入の前にご確認ください。
- 欄が足りない場合は、コピーして該当項目を記入してください。

表面

〒125-4507
神戸市〇〇区〇〇町△-〇-〇
△△マンション〇〇〇〇号室
神戸 春子 様
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20-b-A-〇〇〇〇-△△△△
□□□□

【ひとり親家庭等医療】 更新申請書 兼 変更届 (令和6年度)

【お問い合わせ先】

〒111-1111
神戸市〇〇区〇〇町△-〇
〇〇区役所 保険年金医療課
介護医療係 TEL:012-345-6789

神戸市長 宛

令和 6 年 5 月 15 日

父、母または養育者について
記入してください。

○ 母子家庭の母、父子家庭の父または養育者等の情報をご記入ください。

| | | | | |
|-----|------|---|------|--|
| 申請者 | フリガナ | コウベ ハルコ | 生年月日 | S・H 56年12月30日 |
| | 氏名 | 神戸 春子 | 電話番号 | 090 - 1234 - 5678 <small>※日中連絡がつく携帯番号など</small> |
| | 住所 | <input checked="" type="checkbox"/> 上記(宛名)と同じ(〒 -) | | |

○ 以下の□のいずれかに✓を記入してください。

- 【更新】更新申請を行います。⇒ 下記「1.世帯情報」へ進んでください
【喪失】喪失の届出を行います。⇒ 以下枠内の[1][2]のみ記入して郵送してください

該当する□に✓を入れて
ください。

【更新】の申請をする方
は、下記1~5を記入し
てください。

【喪失】の届出をする方
は枠内[1][2]のご記入
のみで完了です。

[1]喪失の理由を○で囲んでください

- ア.婚姻した
エ.配偶者の拘禁
キ.その他()
ウ.子を監護しなくなった
カ.生活保護の受給開始
日)

点線以下は、
【更新】の申請をする方のみ
記入してください。

1. 世帯情報 ※住民票上の情報を印字しています。事実と異なる場合は、加筆修正してください。

| フリガナ | 宛名との 続柄 | 生年月日 |
|-----------------------------|------------|-------------|
| ① 氏名 神戸 春子 | 本人 | 昭和56年12月30日 |
| フリガナ | 宛名との 続柄 | 生年月日 |
| ② 氏名 神戸 夏男 | 子 | 令和1年7月3日 |
| フリガナ | 宛名との 続柄 | 生年月日 |
| ③ 氏名 神戸 秋子 兵庫 秋子 | 母 | 昭和28年1月12日 |
| フリガナ | 宛名との 続柄 | 生年月日 |
| ④ 氏名 神戸 冬美 | 子 | 平成18年12月20日 |
| フリガナ | 宛名との 続柄 | 生年月日 |
| ⑤ 氏名 兵庫 桜子 | 姉 | 昭和54年9月30日 |
| フリガナ | 宛名との 続柄 | 生年月日 |
| ⑥ 氏名 | | 年 月 日 |

本申請書の「宛先の方」の、住民
票上の情報を、印字しています。

以下に該当する場合は、追記や
修正をしてください。

- ・他に同居している方や、別居
しているお子様がいる場合
- ・印字されている方で、すでに
転居されている方がいる場合
- ・印字されている方の氏名が異
なる場合

本申請書の「宛先の方」
から見た続柄を記入してく
ださい。

裏面へ→

裏面

児童扶養手当の受給の有無について、該当する□に✓を入れてください。受給していない場合は、その理由を具体的に記入してください。

2. 児童扶養手当の受給状況

[1] 現在、児童扶養手当を受給していますか(該当する□を✓してください)

有 無 申請中(申請日:令和 年 月 日)

[2] 【『無』を選択した方のみ】受給していない理由を選択してください

- 同居家族(氏名)に所得があるため
- 遺族年金を受給しているため
- その他(※詳細を記載してください。)

該当する□に✓を入れてください。また、変更のあった方全員分の「健康保険証」を添付してください。

3. 加入している健康保険

「1. 世帯情報」に記載されている方のうち、神戸市の医療費助成制度(※)を受給している方について、令和5年6月以降、加入する健康保険に変更はありましたか(該当する□を✓してください)

有 無

→ 『有』の場合は、変更のあった方全員分の健康保険証(コピー)を添付してください

※ひとり親家庭等医療[本制度]・こども医療・(高齢)重度障害者医療・高齢期移行者医療のこと

児童の父または母から、名目に関わらず、児童の養育に関係する経費として支払われた・金銭・有価証券(小切手、手形、株券、商品券など)の総額を記入してください。

4. 児童の父または母からの養育費(年額)

令和5年1月~令和5年12月の間に受け取った金額の合計をご記入ください。

百万 千 円
 , 6 0 0 , 0 0 0

養育費がない場合は「0」と記入してください。

5. 所得状況申告書

令和5年1月1日~令和5年12月31日の収入等の金額を記入してください。

①~③のいずれかに該当する方は、氏名のみ記入し、申告状況欄の「 申告済」にを入れてください。

- 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 収入が給与のみで、お勤め先で所得税の源泉徴収票を交付された方
- ③ 公的年金等収入のみで、公的年金等の源泉徴収票を交付されている方

(注意)この申告書は、本制度の所得判定に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。

| 申請者 | 氏名 | 神戸 春子 | | |
|----------------------------|--------------------|---|---|---|
| | 所得の申告状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 申告済 | <input type="checkbox"/> 未申告 | <input type="checkbox"/> 収入無しまたは 非課税収入 |
| | 給与収入額(パート収入を含む) | | | |
| | 年金等収入額(老齢年金・退職年金等) | | | |
| | 給与・年金収入以外の所得 | | | |
| ※具体的な所得の内容(営業所得等) () | | | | |
| 扶養義務者 | 氏名 | 兵庫 秋子 | | |
| | 所得の申告状況 | <input type="checkbox"/> 申告済 | <input checked="" type="checkbox"/> 未申告 | <input type="checkbox"/> 収入無しまたは 非課税収入※のみ |
| | 給与収入額(パート収入を含む) | 900,000 円 | | |
| | 年金等収入額(老齢年金・退職年金等) | 0 円 | | |
| | 給与・年金収入以外の所得 | 0 円 | | |
| ※具体的な所得の内容(営業所得等) () | | | | |

申請者(父、母又は養育者)と扶養義務者(※)の所得状況を申告してください。

※扶養義務者とは…申請者と日常の生活費を共有している16歳以上の父母・祖父母・子孫・兄弟姉妹・配偶者

上記に該当する方のうち、所得の最も高い方について記載してください。

※非課税収入とは…遺族年金・障害年金・老齢福祉年金・遺族恩給・傷病恩給・雇用保険等のことをいいます。

記入は以上です。提出前に、以下の項目を再度ご確認ください。

※申請内容が事実と異なる場合は、遡って医療費を返還して頂きます。

- 世帯情報の確認(加筆・修正)
- 児童扶養手当の受給状況の記載
- 健康保険証のコピー添付(変更のあった方分)
- 養育費の記載
- 税申告・収入の有無のチェック

申請内容を、再度ご確認ください。