

〒123-4567
神戸市〇〇区□□町△-□-〇
△△マンション〇〇〇号室
神戸 春子 様
YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY
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□□町△-□
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 年 月 日

○ 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		生年月日	S・H	年	月	日
	氏名		電話番号	— —			
	住所	□上記(宛名)と同じ(〒 —) ※日中連絡がつく携帯番号など					

○ 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

[1]喪失の理由を○で囲んでください。 ア. 婚姻した イ. 事実上の婚姻状態にある ウ. 子を監護しなくなった エ. 配偶者の拘禁終了 オ. 配偶者からの遺棄状態の解消 カ. 生活保護の受給開始 キ. その他()
[2]上記の事由が発生した日 (令和 年 月 日)

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。

同居者及び別居の児童	フリガナ		宛名との続柄	生年月日
	① 氏名			
	フリガナ		宛名との続柄	生年月日
	② 氏名			
	フリガナ		宛名との続柄	生年月日
	③ 氏名			
	フリガナ		宛名との続柄	生年月日
	④ 氏名			
	フリガナ		宛名との続柄	生年月日
	⑤ 氏名			
フリガナ		宛名との続柄	生年月日	
⑥ 氏名				

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。)

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]・子ども医療・(高齢)重度障害者医療・高齢期移行者医療のことをいいます。

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
--	----	--	--	---	--	--	---

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			
	所得の申告状況	<input 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※のみ
申請者	給与収入額(パート収入を含む)			円
	年金等収入額(老齢年金・退職年金等)			円
	給与・年金収入以外の所得			円
	※具体的な所得の内容(営業所得等)	())
	扶養義務者	氏名		
所得の申告状況		<input 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※のみ
扶養義務者	給与収入額(パート収入を含む)			円
	年金等収入額(老齢年金・退職年金等)			円
	給与・年金収入以外の所得			円
	※具体的な所得の内容(営業所得等)	())

※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