

ご注意ください

400-0858
甲府市丸の内1-18-1
甲府 花子 様

※更新の手續きにあたり、**現在使用している健康保険証の原本及びそのコピー(本人とお子様全員分)を必ずお持ちください。**
健康保険証をお持ちでない場合は、更新手續きができません。

申請者氏名・住所を記入してください。

提出年月日を記入してください。

甲府市ひとり親家庭等医療費助成金受給者証 更新 申請書

提出年月日 令和〇年〇月〇日

交付 更新

日中繋がる連絡先を記入してください。

ひとり親家庭等医療費助成金受給者証の交付に際して、本市の地方税賦課情報及び住民基本台帳に関する情報を取得することに同意します。そのために、私及び同居親族の個人番号を利用することに同意します。

氏名 甲府 花子 電話番号 090-1234-5678

住所 甲府市 丸の内1-18-1 〇〇市△△3-2-1

申請年度 令和〇年度

児童を現に監護している者 児

受給者番号(更新の場合、記入) 654321 654327 654329

氏名 甲府 花子 甲府 太郎 甲府 春子

個人番号

性別 男・女 男・女 男・女

生年月日 昭和〇年〇月〇日 平成〇年〇月〇日 令和〇年〇月〇日

児童(及び申請者)との続柄 父・母・養育者 子 子

職業 勤務先 甲府市役所 所在地 丸の内1-18-1

学校・学年 甲府高校・〇年 〇〇保育園

加入医療保険 名称 甲府市国保 種別 国民健康保険 資格取得年月日 令和〇年〇月〇日 号 111 番号 12345

学校名と学年を記入してください。通っていない場合は、「無し」と記入してください。

勤務先と住所を記入してください。勤務先が無い場合は「無し」と記入してください。

必ず朱肉を使うタイプの印鑑で押印してください。

今年1月1日時点の住所が甲府市以外の場合は、こちらにも記入してください。

印字されている受給者番号・氏名・性別・生年月日・加入医療保険に誤りがないか確認して下さい。印字されている内容に変更がある場合は、赤色のペンで二重線を引き、訂正してください。

※太枠内を記入してください。

※甲府市記入欄

事由(発生日: 年 月 日) 受給資格 審査結果 却下理由

□離婚 □死別 □転入 年 月 日 から □該当 □市単 □前年分所得税納付義務者

□未婚 □事実婚解消 年 月 日 まで □却下 □その他 ()

□その他 ()

受付 入力 確認 前年区分 証書番号

申告 所得税額

円

※備考

第1号様式(第3条、第6条関係)

※欄は記入しないこと。扶養義務者がいる場合は裏面も記入してください。

(裏面)

同居している扶養義務者(18歳以上の子、祖父母、父母、兄弟姉妹)について記入してください(対象児童を除く)。

氏名	続柄	生年月日	個人番号	申請年度の1月1日に住民票があった住所 (市内の場合は記入不要)
甲府 武男	父	昭和〇年〇月〇日		〇〇市△△3-2-1
甲府 花子 冬子	母	昭和〇年〇月〇日		今年の1月1日時点の住所が 甲府市以外の場合は、こちら も記入してください。
		年 月 日		
		年 月 日		
				受給者本人と同一地番に住民票がある扶養義務者がいる場合のみ 記入してください。 (世帯が別であっても実際に同居している場合は記入してください)

誤って記入した場合は、二重線で訂正をし、
朱肉印で訂正印を押してください。