

ご注意ください

※更新の手續きにあたり、**現在使用している健康保険証及びそのコピー(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。

400-0858  
甲府市丸の内1-18-1  
甲府 花子 様

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

日中繋がる連絡先を記入してください。

電話番号 090-1234-5678

住所 甲府市 丸の内1-18-1

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) 〇〇市△△3-2-1

申請年度 令和3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 桜

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。

添付又は提示書類 2 ひとり親家庭の父又は母については、前年の所得税の賦課の状況を証する書面 3 父母のない児童の場合には、当該児童を現に監護している者の扶養事実申立書

※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
	<input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 事実婚解消 <input type="checkbox"/> その他( )	年 月 日 から 年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 市単 <input type="checkbox"/> 却下	<input type="checkbox"/> 前年分所得税納付義務者 <input type="checkbox"/> その他( )
	受付	入力	確認	前年区分
				証書番号
			申告	所得税額
				円

※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。

備考

(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○年○月○日		〇〇市△△3-2-1
		年 月 日		
<p>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)</p>				<p>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。</p>
		年 月 日		