

ご注意ください

※更新の手續きにあたり、本人とお子さま全員分の健康保険の情報が分かる書類を必ずお持ちください。
お持ちでない場合は、更新手續きができませんことがあります。

400-8585
甲府市丸の内1-18-1
甲府 花子

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：(あて先) 甲府市長		更新 申請書 提出年月日 令和0年0月0日	
氏名 甲府 花子		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) 00市△△3-2-1	
申請年度 令和0年度	児童を現に監護している者	児	
受給者番号 個人番号を記入してください。	654321 甲府 花子	654333 甲府 太郎	654344 甲府 春子
個人番号	000000000000	000000000000	000000000000
性別	男・女	男・女	男・女
生年月日	昭和0年0月0日	平成0年0月0日	令和0年0月0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	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。	
	所在地 丸の内1-18-1		
学校・学年	00高校・0年 00保育園・年中		
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0年0月0日
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。	号 111	番号	12345
保険各法に基づく被保険者であることを証する書類 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			
甲府市がひとり親家庭等医療費助成金支給条例及び条例施行規則に基づく登録や支給事務を行うため、必要な範囲での公簿の調査や個人番号の利用による加入医療保険情報、地方税関係情報等の取得を行うことに同意します。			
氏名を記入してください。 申請者氏名 甲府 花子			

※1 同意されない場合や、甲府市が公簿または個人番号で確認できない場合は、関係書類の提出が必要となります

※ 甲府市記入欄	事由(発生日: 年 月 日)	受給資格	審査	税納付義務者
	☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ 転入 ☐ 未婚 ☐ 事実婚解消 ☐ その他()	年 月 日 から 年 月 日 まで	☐ ☐	()
	受付	入力	確認	前年区分
				所得税額 円
				※ 備考

※2 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。

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。