

ひとり親家庭等医療費助成資格認定申請書

令和 年 月 日

神戸市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例の規定に基づき、資格の認定を申請します。
なお、受給資格認定の審査に必要な限りにおいて、調査対象者の地方税情報、加入医療保険の資格、その他の情報を調査（マイナンバー制度による情報連携（税情報は含まない）によるものを含む。）することについて同意します。また、神戸市ひとり親家庭等医療費助成に関する条例施行規則第10条に規定する更新を行う場合についても、当該調査を行うことに同意します。福祉医療費の適正な支給のために必要がある場合は、関係機関に市が照会することに同意します。

提出書類等の相互利用に関する同意

私が、ひとり親家庭等医療費助成または児童扶養手当の受給資格認定申請で提出した「資格審査に必要な書類および情報」を、ひとり親家庭等医療担当課および児童扶養手当担当課の両者間で、相互利用することに（ 同意します。）

※同意がない場合、それぞれの担当課に戸籍謄本等の必要書類を提出していただくことになります。

(申請者)

住所 神戸市

電話

※日中に連絡がつく電話番号（携帯電話等）を記入してください。

氏名

(注) この申請書は、本人又はその代理人が記入するものです。

神戸市 区長 宛

申請 対象 者	フリガナ		性別	続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	氏名		男・女		勤務先又は 学校名	電話番号 - -
	フリガナ		性別	続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日
	氏名		男・女		勤務先又は 学校名	電話番号 - -
フリガナ		性別	続柄	生年月日	昭・平・令 年 月 日	
氏名		男・女		勤務先又は 学校名	電話番号 - -	
1月1日現在の住所						
養育費	令和 年	年の受取総額	円			
対象者となった事由	1 配偶者（又は父母）と死別 2 離婚 3 配偶者（又は父母）の生死が不明 4 配偶者（又は父母）から遺棄 5 未婚 6 配偶者（又は父母）が海外 7 配偶者（又は父母）が障害により労働能力喪失 8 配偶者（又は父母）が拘禁 9 その他（ ）					
対象者となった年月日	昭・平・令 年 月 日	添付書類	1 児童扶養手当証書（写） 2 遺族年金証書（写） 3 戸籍謄本 4 その他（ ）			
お住まいの住居の名義	1 申請対象者の名義の住居（家賃やローンの支払者の氏名： 続柄： ） 2 申請対象者以外の名義の住居（名義人氏名： 続柄： ）					
加入医療保険	<input type="checkbox"/> 別紙のとおり 健康保険証のコピー または【別紙】健康保険情報を添付してください。					

(注) 裏面もご記入ください。

[事務処理欄] 資格取得年月日 (. .) 異動コード ()

申請の事由	事由発生年月日	平成・令和 年 月 日	公開の状況							
	<input type="checkbox"/> 事由に該当 <input type="checkbox"/> 医療保険加入資格の取得 <input type="checkbox"/> 生活保護の停(廃)止	<input type="checkbox"/> 他の市(区)町村からの転入 () <input type="checkbox"/> 前年所得が制限額以下 <input type="checkbox"/> その他 ()	公開	部分公開	非公開					
資格審査	. .	1 認定 2 却下 ()	情報公開条例第10条第1号に該当 分類 17・04・05・04 保存5年							
決裁	課長	担当係長	係	公簿確認	住民票	所得	保険資格	異動入力	証作成	世帯番号

