

母子家庭等医療費受給者証更新申請書

年 月 日

伊丹市長 様

申請者 ※母(父)、または養育者

住所

氏名

電話 ()

現況は下記のとおりにて相違ありませんので、母子家庭等医療費受給資格の認定及び更新を申請します。また、資格の認定及び更新に必要な医療費助成に係わる者の世帯構成、市県民税の課税状況、健康保険の加入状況、児童扶養手当受給状況、及び婚姻の有無等について、伊丹市が保有する情報により調査することを承諾します。

1. 申請者(母・父、または養育者)と同居されている方全員のお名前等をご記入ください。

申請者の健康保険証(受給者全員分)の写しを必ず添付してください。

※受給者全員分とは、乳幼児等・こども・障害者医療費受給者を含む。

※申請者もご記入ください。

※住民票上別世帯であっても、同居されている方全員を必ずご記入ください。

氏名	続柄	生年月日	受給者番号	職業(又は学年)
	申請者本人			

2. 対象者としての該当事由(必ずいずれかにチェックをご記入ください。)

- 配偶者(又は父母)と死別 離婚 配偶者(又は父母)の生死が不明
配偶者(又は父母)から遺棄 未婚 配偶者(又は父母)が障害により労働能力喪失
配偶者(又は父母)が拘禁
その他()

3. 配偶者・生計関係等の異動状況(必ずいずれかにチェックをご記入ください。)

- 婚姻等はしておらず予定もない
婚姻した、もしくは婚姻の予定がある (年 月 日)
未届けの夫(妻)がいる (年 月 日から)
児童とは生計を別にしている (理由: 居住先:)
(例)(理由:寮に入っている。居住先:〇〇学校寮)
その他(例):生活保護等()

4. 児童扶養手当又は遺族基礎年金等の受給状況(必ずいずれかにチェックをご記入ください。)

- (1) 受給している
児童扶養手当 遺族基礎年金 障害年金 その他()
- (2) 受給していない

裏面に続きます

5. 児童への養育費(生活費含む)の有無(必ずいずれかにチェックをご記入ください。)

受け取っている⇒

年1月から12月までの受取総額

円

年1月から12月までの受取総額

円

※受け取っている方は必ず金額をご記入ください、養育費の8割を所得として加算します。

なお、児童扶養手当での申告額と相違ないように、正確にご記入をお願いします。

受け取っていない

6. 児童の母(父)、または養育者の所得状況(必ずいずれかにチェックをご記入ください。)

(1) 本人の収入だけで生計を維持している

(2) 本人に収入はないが、以下の手段により生計を維持している

同居親族からの援助 別居親族からの援助 預貯金 その他()

⇒(2)同居親族からの援助・別居親族からの援助の場合は、児童の母(父)、または養育者とともに児童の生計を維持している方について、下記「扶養義務者」にご記入ください。

※母(父)、または養育者に所得がない場合は、扶養義務者の所得によって所得判定を行います。

扶養義務者 (児童の母(父)以外)	続柄	生年月日	住所

※(1)を選択した場合であっても、税制上または健康保険上、児童が母(父)以外に扶養されているときは、母(父)以外を扶養義務者とします。

7. 市県民税(前年中の所得税)申告の状況

(1) 会社で源泉徴収している 申告している 申告していない

(2) 申告していない場合は、申告予定日を記入してください。(令和 年 月 日)

※申請にあたっての注意事項※

前年中の所得税(市県民税)の申告を行っていない場合、母子家庭等医療費助成制度の資格を更新することが出来ません。必ず申告を行っていただきますようお願いいたします。

収入がない方であっても申告が必要です。市役所2階市民税課にてご相談ください。

(なお、申告を行った方であっても、申告時期が遅い等、課税状況の確認が出来ない場合は、課税証明書等の提出を求めることがあります。)

8. 加入している健康保険の健康保険証(受給者全員分)の写しを必ず添付してください。

****ご記入ありがとうございました。再度記入漏れや添付漏れがないかご確認ください。****