

# ひとり親家庭等医療費受給者証交付申請書

新規  
更新

(宛先) 京 都 市 長	年 月 日
申請者の住所 京都市 区 (電話) - (携帯) - -	申請者の氏名  扶養者との続柄 ( )

京都市ひとり親家庭等医療費支給条例第3条第1項の規定により、受給者証の交付を申請します。  
なお、同条例第2条に係る調査（世帯状況、課税状況、医療保険資格情報、生活保護受給の有無等）を京都市が行うことについて、生計同一者全員の同意を得ています。

対象者	扶養者 (母、父又は は児童の扶 養者)	住所 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ フリガナ 電話 - 生年月日	氏名 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ 年 月 日
	児童① 扶養者との続柄 ( )	フリガナ 生年月日	氏名 年 月 日
	児童② 扶養者との続柄 ( )	フリガナ 生年月日	氏名 年 月 日
	児童③ 扶養者との続柄 ( )	フリガナ 生年月日	氏名 年 月 日
	児童④ 扶養者との続柄 ( )	フリガナ 生年月日	氏名 年 月 日

ひとり親家庭等になつた事情	<input type="checkbox"/> 死 別 <input type="checkbox"/> 海外在住 <input type="checkbox"/> 離 婚 <input type="checkbox"/> 拘 禁 <input type="checkbox"/> 生死不明 <input type="checkbox"/> 両親不在 <input type="checkbox"/> 遺 棄 <input type="checkbox"/> 重度障害※ <input type="checkbox"/> 婚姻によらない母又は父	※重度障害の配偶者の状況 障害の程度 身体障害者手帳 ( ) 級 精神障害者保健福祉手帳 ( ) 級 療育手帳 (□A □B) 判定 その他 ( )
	住所 発生年月日	住所 氏名
	年 月 日	生年月日 年 月 日

主として 世帯の生計を 維持する者	住所 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ フリガナ 電話 - 生年月日	氏名 <input type="checkbox"/> 申請者に同じ 年 月 日
-------------------------	---	--

上記以外で 生計を一にする者 <input type="checkbox"/> いない	住所 フリガナ 氏名	電話 -	続柄	生年月日 年 月 日
	住所 フリガナ 氏名	電話 -	続柄	生年月日 年 月 日
	住所 フリガナ 氏名	電話 -	続柄	生年月日 年 月 日
	住所 フリガナ 氏名	電話 -	続柄	生年月日 年 月 日

加入 医療 保 険	被保険者の住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 電話 -	資格取得年月日 (扶養者)	年 月 日
	被保険者の氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ 扶養者との続柄 ( )	資格取得年月日 (児童①)	年 月 日
	保険者番号		資格取得年月日 (児童②)	年 月 日
	証記号・ 番号		資格取得年月日 (児童③)	年 月 日
	証発行機関 の名称	電話 -	資格取得年月日 (児童④)	年 月 日
<input type="checkbox"/> 加入医療保険の詳細は別紙のとおり				

付加給付等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 ) ※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。
-------	--

注1 該当する□には、レ印を記入してください。  
注2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。

※本市使用欄 上記の申請に基づき裏面のとおりに決定する。 年 月 日	課 長	係 長	係 員
---------------------------------------	-----	-----	-----

所得状況確認欄									
所得の内訳		の 年分所得		の 年分所得		の 年分所得			
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人(老扶 人)		人(老扶 人)		人(老扶 人)			
前年の所得額		円		円		円			
控	雑 損	円		円		円			
	医 療 費	円		円		円			
	一 律	80,000 円		80,000 円		80,000 円			
	小規模企業共済等掛金	円		円		円			
	配偶者特別	円		円		円			
除	障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人	円	人	円		
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人	円	人	円	人	円		
	障害者、特別障害者、寡婦(夫)、特別寡婦、勤労学生、ひとり親の別	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> 勤 <input type="checkbox"/> ひ親	円	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> 勤 <input type="checkbox"/> ひ親	円	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> 勤 <input type="checkbox"/> ひ親	円		
	本年の災害・医療費	円		円		円			
	給与所得・年金等に係る所得に対する控除	円		円		円			
特定親族特別	人	円	人	円	人	円			
控除後の所得額		円		円		円			

添付資料 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 保険確認書類 <input type="checkbox"/> 同居者・扶養関係者等調書 <input type="checkbox"/> 民生・児童委員の確認書 <input type="checkbox"/> 個人番号利用に関する申告等について <input type="checkbox"/> 申立書(   ) <input type="checkbox"/> その他(   )
-------------	---

審査結果						
認定・却下	氏 名	受給者番号	資格取得日	有効期限	証交付日	却下通知書送付日
<input type="checkbox"/> 認 <input type="checkbox"/> 却						
<input type="checkbox"/> 認 <input type="checkbox"/> 却						
<input type="checkbox"/> 認 <input type="checkbox"/> 却						
<input type="checkbox"/> 認 <input type="checkbox"/> 却						
<input type="checkbox"/> 認 <input type="checkbox"/> 却						
認定事由	01 ひとり親世帯認定	(旧住所区での認定の記録等)	却 下 事 由	11 主たる生計維持者の所得制限超過	17 他制度該当(   )	
	03 市外転入			12 ひとり親世帯非該当	18 死亡	
	04 保険資格取得			13 年齢非該当	19 その他(   )	
	05 出生			14 市内転出		
	09 その他			15 市外転出		
	04 区間異動		16 保険資格喪失			
備考						

## ひとり親家庭等医療費受給者異動届

(宛先) 京 都 市 長	年 月 日
申請者の住所 京都市 区 (電話) - (携帯) - -	届出者の氏名  扶養者との続柄 ( )

京都市ひとり親家庭等医療費支給条例第7条第1項の規定により、次のとおり届け出ます。  
 なお、同条例第2条に係る調査（世帯状況、課税状況、医療保険資格情報、生活保護受給の有無等）を京都市が行うことについて、生計同一者全員の同意を得ています。

受給者 <small>※変更の場合 変更後の内容は</small>	扶養者 (母、父又は 児童の扶養者)	住所	□届出者と同じ						
		氏名	□届出者と同じ						
	児童①	氏名	受給者番号						
	児童②	氏名	受給者番号						
	児童③	氏名	受給者番号						

異動の内容	<input type="checkbox"/> 氏名が変わった <input type="checkbox"/> 住所が変わった（同一区内・他区） <input type="checkbox"/> 世帯構成が変わった（同居者が増えた・減った） <input type="checkbox"/> 所得に変更があった（受給者・その他） <input type="checkbox"/> 加入医療保険に変更があった <input type="checkbox"/> その他 ( )
-------	--

異動年月日	年 月 日
-------	-------

加入医療保険	被保険者の住所	□届出者と同じ	資格取得年月日 (扶養者)	年 月 日
	被保険者の氏名	□届出者と同じ	資格取得年月日 (児童①)	年 月 日
	保険者番号	扶養者との続柄 ( )	資格取得年月日 (児童②)	年 月 日
	証記号・番号		資格取得年月日 (児童③)	年 月 日
	証発行機関の名称	電話 -	資格取得年月日 (児童④)	年 月 日

加入医療保険の詳細は別紙のとおり

付加給付等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容 ) <small>※国、地方公共団体又は独立行政法人の負担による医療の給付がある場合、「有」にチェックして給付の内容を記入してください。</small>
-------	---

**同居者及び扶養関係者等の異動** ※転入・転出、所得の変更等、異動があった者を記入

同一住所に居住している者（住民票で世帯分離をしている者も含む）、別住所に居住している者（扶養関係がある者のみ）について、異動した者及び異動の内容は以下のとおりです。

氏名	生年月日	続柄	異動の内容 (転出の場合は転出後の住所)
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計が別
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計が別
	年 月 日		<input type="checkbox"/> 生計同一 <input type="checkbox"/> 生計が別

注1 該当する□には、レ印を記入してください。  
 2 「加入医療保険」の欄において、保険の種類により「被保険者」は、加入者、組合員又は世帯主に読み替えるものとします。

※本市使用欄 上記の申請に基づき裏面のとおりに決定する。 令和 年 月 日	課長	係長	係員
--	----	----	----

扶養者又は扶養義務者の変更等に伴う所得状況確認欄

所得の内訳		所得状況		の	年分所得	の	年分所得	の	年分所得		
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人(老扶)		人	円	人	円	人	円		
前年の所得額					円		円		円		
控除	雑損				円		円		円		
	医療費				円		円		円		
	一律	80,000		円		80,000	円	80,000	円		
	小規模企業共済等掛金				円		円		円		
	配偶者特別				円		円		円		
	障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人		円	人		円	人	円		
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数	人		円	人		円	人	円		
	障害者、特別障害者、寡婦(夫)、特別寡婦、勤労学生、ひとり親の別	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 勤	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> ひ親		円	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 勤	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> ひ親		円	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 勤	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> ひ親
	本年の災害・医療費				円		円		円		
	給与所得・年金等に係る所得に対する控除				円		円		円		
特定親族特別	人		円	人		円	人	円			
控除後の所得額					円		円		円		

添付資料 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本	<input type="checkbox"/> 保険確認書類	<input type="checkbox"/> 同居者・扶養関係者等調書	<input type="checkbox"/> 民生・児童委員の確認書
	<input type="checkbox"/> 個人番号利用に関する申告等について	<input type="checkbox"/> 申立書( )		
	<input type="checkbox"/> その他( )			

審査結果欄	異動	異動年月日	旧受給者証回収年月日	異動事由
		年 月 日	年 月 日	03 区内移動 05 23 氏名変更 29 その他( ) 06 扶養義務者変更 23 加入医療保険変更
		新受給者証交付年月日	旧受給者証回収事由	
		年 月 日	① 窓口 ② 郵送 ③ 亡失	④ 書損 ⑧ 未交付
備考				

## ひとり親家庭等医療費受給資格喪失届

(宛先) 京 都 市 長	年 月 日
届出者の住所 京都市 区 (電話) - (携帯) - -	届出者の氏名  扶養者との続柄 ( )

京都市ひとり親家庭等医療費支給条例施行規則第14条の規定により次のとおり届け出ます。

受給者  ※受給資格を喪失する受給者	扶養者 (母、父又は 児童の扶養者)	住所	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ 電話 -							
		氏名	<input type="checkbox"/> 届出者に同じ	受給者番号						
	児童①	氏名		受給者番号						
	児童②	氏名		受給者番号						
	児童③	氏名		受給者番号						
	児童④	氏名		受給者番号						
受給資格喪失の内容			<input type="checkbox"/> 婚姻した(事実上の婚姻関係を含む) <input type="checkbox"/> 所得制限を超過した(受給者・その他) <input type="checkbox"/> 生活保護を受給した <input type="checkbox"/> 市外に転出した、または転出予定 <input type="checkbox"/> 京都市重度心身障害者医療費支給条例の規定による医療費の支給を受けることとなった <input type="checkbox"/> 医療保険の資格を喪失した <input type="checkbox"/> 亡くなった <input type="checkbox"/> その他 ( )							
喪失年月日			年 月 日							

注 該当する□には、レ印を記入してください。

※本市使用欄  上記の申請に基づき裏面のとおりに決定する。      令和      年      月      日	課長	係長	係員

扶養者又は扶養義務者の変更等に伴う所得状況確認欄

所得の内訳		所得状況		の	年分所得	の	年分所得	の	年分所得	
控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人(老扶)		人	円	人	円	人	円	
前年の所得額					円		円		円	
控除	雑損				円		円		円	
	医療費				円		円		円	
	一律	80,000		円		80,000	円		80,000	
	小規模企業共済等掛金				円		円		円	
	配偶者特別				円		円		円	
	障害者(特別障害者を除く。)である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人		円		人		円	
	特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の合計数		人		円		人		円	
	障害者、特別障害者、寡婦(夫)、特別寡婦、勤労学生、ひとり親の別	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 寡 <input type="checkbox"/> 勤	<input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> ひ親		円	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> ひ親		円	<input type="checkbox"/> 障 <input type="checkbox"/> 特障 <input type="checkbox"/> 特寡 <input type="checkbox"/> ひ親	円
	本年の災害・医療費				円		円		円	
	給与所得・年金等に係る所得に対する控除				円		円		円	
特定親族特別		人		円		人		円		
控除後の所得額					円		円		円	

添付資料 確認欄	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 保険確認書類 <input type="checkbox"/> 同居者・扶養関係者等調書 <input type="checkbox"/> 民生・児童委員の確認書 <input type="checkbox"/> 個人番号利用に関する申告等について <input type="checkbox"/> 申立書( ) <input type="checkbox"/> その他( )
-------------	---

審査結果欄	□喪失	資格喪失年月日	受給者証回収年月日	喪失事由
		年 月 日	年 月 日	11 主たる生計維持者の所得制限超過 12 ひとり親世帯非該当 13 年齢非該当 14 市内転出 15 市外転出 16 保険資格喪失 17 他制度該当( ) 18 死亡 19 その他( )
		喪失(却下)通知年月日	受給者証回収事由	
		年 月 日	① 窓口      ④ 書損 ② 郵送      ⑤ 未交付 ③ 亡失	
		証返却勧奨通知送付日( )		
備考				