

記載例

ご注意ください

※更新の手続きにあたり、**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、更新手続きができないことがあります。

400-8585 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。	
(あて先) 甲府市長		甲府市ひとり親家庭	
氏名		甲府 花子	
住所		丸の内1-18-1	
申請年度		令和8年度	
受給者番号		654321	
個人番号		000000000000	
性別		男・女	
生年月日		昭和0年0月0日	
児童(及び申請者)との続柄		父・母・養育者	
職業		勤務先	
学校・学年		00高校・0年	
加入医療保険		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	
番号		12345	
氏名を記入してください。		申請者氏名	
甲府 花子		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							
事由(発生日: 年 月 日)		受給資格		審査結果		却下理由	
□離婚 □死別 □転入		年 月 日 から		□該当 □市単		□前年分所得税納付義務者	
□未婚 □事実婚解消		年 月 日 まで		□却下		□その他 ()	
□その他 ()		確認		前年区分		児扶手証書番号	
甲府市記入欄		申告		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、二重線で訂正をしてください。