

高校生等医療費助成金交付申請書

年 月 日

東庄町長

様

申請者 住 所  
 (保護者) 氏 名  
 電話番号 - -  
 (昼間連絡のつくところ)

高校生等医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

なお、高額医療費について町が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を町へ支払います。町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、町と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。

また、家族療養費附加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を町へ支払います。

高校生等	住 所 〒					
	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏 名					
世帯全員	氏 名	続 柄		氏 名	続 柄	
	1		5			
	2		6			
	3		7			
	4		8			
加入医療保険	保 険 者 名					
	保 険 者 番 号					
	保 険 種 別	1 社保 2 国保 3 国保組合 4 その他の国保組合 5 その他				
	被 保 険 者 名					
	記 号 番 号	記号		番号		
	資格取得年月日	年 月 日				
振込口座	金 融 機 関 名	銀行・金庫・組合・農協				
	支 店 名	本店・支店			普通口座	
	口 座 番 号					
	(フリガナ)					
	口 座 名 義 人					
承 諾 書						
東庄町高校生等医療費の助成を受けるにあたり、助成金の算定及び決定に必要となる保護者世帯の住民基本台帳、所得に関する申告、町税等の課税及び納付状況を確認することについて承諾します。						
氏 名 _____						