

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								
<p>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な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。</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p>								