

別記

様式第1号（第6条第1項関係）

高校生等医療費助成申請書

年 月 日

（あて先）御宿町長

申請者 住所 御宿町

（保護者） 氏名 ㊟

TEL

高校生等医療費の助成を受けたいので、御宿町高校生等医療費の助成に関する規則第6条第1項の規定により申請します。

| | | | | | |
|-------------|-------------|-----------------------------------|--|---------------|---------------|
| ふりがな | | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 高校生等 氏名 | | | | | |
| 住 所 | 御宿町 | | | 続 柄 | |
| 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 | | | 付加給付の有 無 | 有 ・ 無 |
| 振込先 金融機関 | 金融機関名 | 銀行・ 金庫・組合 | | 支店名 | 本店 支店 |
| | 口座種別 ・番号 | 普通 当座 | | ふりがな 口座名義人 | |

| | | | |
|--------|-------|------|----|
| 【町記入欄】 | 支給決定額 | 支払方法 | |
| | 円 | 口座振込 | 現金 |

(注) 1 申請時に次の書類を持参してください。

- ・高校生等の被保険者証 ・医療機関の発行した領収書又は計算書
- ・保護者の課税状況等のわかる書類（当町で課税状況等が公簿により確認でき、下記承諾書にて確認の承諾が得られた場合は不要） ・他の制度で給付を受けた場合はその証明書 ・振込口座の確認できるもの
- ・就職していないことが確認できる書類（学生証等）

2 証明手数料は100円を限度とし、町が負担します。

承 諾 書

- 御宿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、町民税の課税状況等を確認することに承諾します。
- 高額療養費について、御宿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、過払い相当額を御宿町へ支払います。
なお、保険者から支払われる付加給付等を私が受領した場合は、当該相当額を御宿町へ支払います。
- 町民税等の納付状況を確認し、未納がある場合は現金支払いとし、納付の相談に応じることに承諾します。

住.....所.....御宿町.....

保護者氏名.....㊟