

高校生等医療費助成金交付申請書

年 月 日

鎌ヶ谷市長 様

(申請者)
住 所 鎌ヶ谷市
氏 名
電話番号
※日中連絡の取れる番号

高校生等医療費の助成を受けたいので、鎌ヶ谷市高校生等医療費助成要綱第 7 条の規定により申請します。

高校生等氏名											
生年月日	平成		年		月		日生				
加入医療保険	名 称										
	記号・番号										
振込口座 (申請者口座)	銀行 金庫 組合 農協										
	支店番号 (本 店 支 店 特 別 出 張 所)										
	口 座 種 別	普通預金	口座番号								
	名 義 人	フリガナ									
確認事項 (□にチェック して下さい。)	<input type="checkbox"/> 重度心身障がい者（児）医療費又はひとり親家庭等医療費の助成の対象者ではありません。（これらの受給券交付対象者は当該受給券の利用を優先します。）										
	<input type="checkbox"/> 学校管理下の傷病ではありません。										
	<input type="checkbox"/> 子ども医療費（中学生まで）の対象ではありません。										
高校生等医療費助成について	初回の申請					・ 2回目以降の申請					
同意書											
高校生等医療費の助成の審査をするため、以下の事項について同意し、申請します。 1 助成金の決定のため、住民基本台帳の状況を確認すること。 2 高額医療費及び付加給付金について鎌ヶ谷市が過払いになっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費及び付加給付金のうち、過払い相当額を鎌ヶ谷市に支払います。											