

第 1 号様式（第 9 条関係）

高校生等医療費助成金交付申請書

年 月 日

九十九里町長 様

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
電話番号
高校生等との続柄

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、高額療養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					日			
就学先	名称								
	住所								
	電話番号								
加入医 療保険	保険者名								
	保険者番号								
	被保険者名								
	記号番号	記号				番号			
他制度適用の有無 (○で囲んでください。)	1 有 (重度医療費・ひとり親医療費・その他) 2 無 ※ 日本スポーツ振興センターの災害共済給付金を受けられる場合は対象外です。								
第三者行為の有無 (○で囲んでください。)	1 有 2 無								
振込口座	金 融 機 関名	銀行・金庫・組合・農協					支店名		
	口座番号	普通							
	フリガナ								
	口 座 名 義人								

承諾書

九十九里町高校生等医療費の助成を受けるに当たり、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及び町民税等の納付について確認することに承諾します。
また、町民税等の未納がある場合は、納付の相談に応じることに承諾します。

氏名 _____