別記様式第1号 (第８条)

高校生等医療費助成金交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　 月　 日

白子町長　　様

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 高校生等 | 住　　　所 | 〒299－42　　白子町 | 個人番号 |
| フリガナ氏　　　名 |  | 生年月日 |  |
| 氏名 |  | 年　 月　 日 |
| 就学先名称 | * 学校の発行する身分証明書（学生証等）の写しを添付します
 |
| 加入医療保険 | * 健康保険証の写しを添付します
 |
| 保護者１(申請者) | 住　　　　　　所 | 〒　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　－　　　　　－ |
| フリガナ　 |  | 子どもとの続柄 | 個人番号 |
| 氏名 |  | 父　・　母　　　　　その他（　　　　） |  |
| 保 護 者　２保　護　者　１　 | 住　　　　　　所 | 〒　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　－　　　　　－ |
| フリガナ　 |  | 子どもとの続柄 | 個人番号 |
| 氏名 |  | 父　・　母　　　　　その他（　　　　） |  |
| 　振込口座 | 金融機関名 | 銀行・金庫組合・農協　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | し支店名 | 本店・支店支所・出張所 |
| 口座番号 | 普通　・　当座 |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  |
| 口座名義人 |  |
| 承　　諾　　書１　白子町高校生等医療費助成金の算定に必要な世帯員の住民基本台帳及び保護者の地方税関係情報を調査することに同意します。ただし、公簿等で確認できない場合については、白子町の指定する年度の所得及び住民税額の課税状況等を証する書類を提出します。２　高額療養費について白子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、過払い相当額を白子町へ支払います。また、白子町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、白子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。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、相当額を白子町へ支払います。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 保護者１氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者２氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |

　　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。