

## 高校生等医療費助成金交付申請書

年 月 日

睦沢町長 様

申請者 住 所  
(保護者) 氏 名  
電話番号

【世帯状況】 生活保護受給・ひとり親家庭・その他

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、次の事項について同意します。

1. 高額医療費について町が過払いとなっている場合、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うこと。
2. 町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合、町と保険者で負担相当額について相殺すること。
3. 家族療養費附加給付金を保険者から受領した場合、当該相当額を町へ支払うこと。

高校生等	住 所	睦沢町						
	フリガナ				生年月日	年 月 日		
	氏 名							
就学先	名 称							
	住 所							
	電 話 番 号							
加入医療保険	保 険 者 名							
	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 支所・出張所		
	口 座 番 号	普通						
	(フリガナ) 口 座 名 義 人							
承 諾 書								
睦沢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高校生等及び保護者世帯の住民基本台帳及び市町村民税の課税状況について町が確認することを承諾します。								
氏 名 _____								