別　記

第１号様式（第８条）

**高校生等医療費助成金交付申請書**

年　　月　　日

長生村長　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、高額医療費について村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、過払い相当額を村へ支払います。村が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、村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、当該相当額を村へ支払います。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 高校生等 | 住所 | 長生村 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  長生村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、市町村民税の課税状況について村が確認することを承諾します。  　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | |