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　　氏 　名

（保護者） 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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 高校生等 | 住所 | 長生村 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 個人番号 |
| 氏名 | 　 |
|  　年 　月　 日 |  |
| 就学先名称 | * 学校の発行する身分証明書（生徒証等）の写しを添付します
 |
| 加入医療保険 | * 高校生等の健康保険証の写しを添付します
 |
| 保護者 | 氏名 | 続柄 | 住所 | 個人番号 |
|  |  | □同居　□別居（　　　　　　　　　　　　） |  |
|  |  | □同居　□別居（　　　　　　　　　　　　） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カタカナで記入） |  |
| 承　　諾　　書１　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。ただし、公簿等で確認できない場合については、長生村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　高額療養費のうち、過払い相当額を村へ支払います。長生村が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、長生村と保険者で負担額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、当該相当額を長生村へ支払います。　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |