

## 高校生等医療費等助成金交付申請書

年 月 日

(あて先) 成田市長

住 所

高校生等の住所

申請者

※申請者と同じ場合は記入不要

(保護者)

氏 名

電 話 番 号

高校生等医療費等の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

高校生等	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名					
	他 制 度 適 用	1 母子家庭・父子家庭等医療費等助成 2 重度心身障害者医療費助成 3 その他 ( )				
世帯構成	氏 名		続柄	氏 名		続柄
	1			5		
	2			6		
	3			7		
	4			8		
加入医療保険	被保険者証，組合員証又は加入者証の写しを添付します。					
	1 国民健康保険      2 職場の健康保険・共済組合					
	附加給付等	有 ・ 無				
振 込 先 座 口	金融機関名		銀行・農協・信用金庫			
			本店・支店・支所			
	口座種別		普通 ・ 当座			
	口座番号					
	フリガナ					
口座名義人						
自己負担限度額		円 ( 円未満切捨て)				

※学校での負傷等による領収書が含まれていないことの確認 ( 未 済 )