

高校生等医療費等助成登録申請書

年 月 日

(あて先)成田市長

住 所

申請者
(保護者) 氏 名

電話番号

高校生等医療費の助成を受けたいので、受給資格の登録を申請します。

高校生等	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	個人番号			
	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 ()		
保護者の1月1日 現在の住所	本 年	成田市内・市外 (国内・海外) 父:		母:
	前 年	成田市内・市外 (国内・海外) 父:		母:
世帯構成	氏 名		個 人 番 号	続 柄
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
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		
		自己負担限度額	円 (円未満切り捨て)	

※処理欄

不足書類	健康保険証 ・ 課税所得証明書(年度 父 母) ・ 同意書 個人番号届出書() ・ その他()				
認定区分	0.対象 1.対象外 A B C			有効期間開始日	年 月 日
				受給券交付日	/ 郵送・窓口
受付者	受給者番号			番号確認	本人確認
				通 ・ 住 ・ 職	免・パ・障・精・在
					保・年・児証・特児証
個人番号カード					