

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		受給者番号						
	氏 名		生年月日	年 月 日					
	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	1 国民健康保険 2 健康保険組合 3 共済組合 4 国保組合 5 船員保険 6 その他 ()								
	附加給付等	有 ・ 無							
	自己負担限度額 円 (円未満切捨て)								
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									

【確認欄】該当する内容に☑を入れてください。

学校等での負傷等による領収書が含まれていない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
領収書の原本返却について	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
提出する領収書の枚数	枚