

記入例

高校生等医療費等助成登録申請書

令和6年 12月 2日

対象となるお子さまの
父または母が申請してください。

住所 成田市 花崎町7777-7

申請者
(保護者) 氏名 花崎 一郎

電話番号 090-9999-9999

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	ハナザキ モモコ		生年月日	平成20年3月3日
	氏名	花崎 桃子			
	個人番号	成田市に住民登録がある場合は記入不要			
	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: □□県 □□市 母: □□県 □□町		
		前年	成田市内 市外 (国内 海外) 父: □□県 □□市 母: □□県 □□町		
世帯構成	氏名		個人番号		続柄
	1	花崎 一郎	成田市に住民登録がある場合は記入不要		父
	2	花崎 花子			母
	3	花崎 梅子			祖母
	4				
	5				
	6				
	7				
	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 (円未満は四捨五入)		

1月1日現在の住所が市外の場合は
市区町村名まで記入してください。

上に記入したお子さまを除いた
世帯員全員を記入してください。

お子さまが加入している医療保険の
種別に○をつけてください。

※処理欄

不足書類	資格確認書等 ・ 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 2.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
					資・年・児証・特児証
					個人番号カード