

別記  
様式第1号(第6条第1項)

八街市高校生等医療費助成金支給申請書

八街市長 北村新司 様  
〒 ー ー ー 年 月 日  
住所  
申請者氏名 (印)  
電話番号 ( )

高校生等医療費の助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

フリガナ			生年月日	年	月	日
高校生等氏名						
保険の種別	保険者名称					
	保険者番号					
	被保険者名					
	記号・番号	記号	番号			
	附加給付	有・無	自己負担限度額	円	円未満切り捨て	
他制度適用	有・無	1 ひとり親医療費助成 2 重度心身障害者医療費助成 3 その他 ( )				
振込口座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協				
	支店名	本店・支店	店番号			
	預金種目	普通・当座	口座番号			
	フリガナ					
	口座名義人					

承諾書

私は、高校生等医療費の助成を受けるにあたり、以下の内容について承諾します。

- 1 助成金の算定に必要な所得情報、市民税課税情報、住民登録情報、医療費情報等の個人情報について八街市が確認すること。
- 2 医療費情報について、八街市が助成額を適正に支出するために、高額療養費及び附加給付金の支給状況等の必要な情報について加入保険者へ情報照会すること。
- 3 高額療養費について、八街市が過払いとなっている場合は、私が保険者から受領した高額療養費のうち過払い相当額を八街市へ返還します。また、八街市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、八街市と保険者で負担相当額について相さいすることに同意します。
- 4 家族療養費附加給付を保険者から受領した場合は、当該相当額を八街市へ支払います。

保護者氏名 (印)

保護者氏名 (印)