

# 記入例

## 申請に持参する主なもの

- ①領収書（総医療費の記載が無い場合は医療費計算書を添付する必要があります。）
- ②子どもの健康保険証
- ③保護者名義のキャッシュカードまたは通帳
- ④印鑑（朱肉を使うタイプのもの）

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

〇 年 〇 月 〇 日

八街市長 北村新司 様

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇

住 所 八街ほ〇〇番地〇〇

申請者氏名 千葉 一郎

電話番号 〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇〇

申請者は、該当する子どもの保護者とし口座名義人と一致させてください。  
認印は忘れずをお願いします。

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	チバ ハナコ		生年月日	〇 年 〇 月 〇 日
高校生等氏名	千葉 花子			
保険の種別	保険者名称	〇〇〇〇健康保険組合		
	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇		
	被保険者名	千葉 一郎		
	記号・番号	記号	〇〇〇〇〇〇〇〇	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	〇〇	銀行・金庫・組合・農協	
	支店名	〇〇	本店・支店	店番号 1 2 3
	預金種目	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	チバ イチロウ		
口座名義人	千葉 一郎			
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		保護者氏名		

受診日当日の保険証により記入してください。

健康保険組合等から高額療養費や附加給付があった場合に記入してください。

この医療費助成の他に、医療費助成を受けている場合に記入してください。

振込口座は、申請者の口座内容をご記入ください。  
申請者と異なる口座には振り込みできません。

医療費助成金の支給決定に必要なとなります。  
保護者全員の署名押印して承諾をお願いします。