

別記

第1号様式（第7条関係）

高校生等医療費助成金交付申請書

年 月 日

富里市長

様

(〒 ー)

住 所

電 話 番 号

氏 名

印

高校生等医療費助成を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日
高校生等氏名			
加入医療保険	保険者名称		
	保険者番号		
	記号・番号	記号	番号
	資格取得年月日	年	月 日
	付加給付	有・自己負担限度額 円（円未満切捨て） 無	
他制度適用	有・無	1. ひとり親等医療費等助成 2. 重度心身障害者医療費助成 3. その他（ ）	
振込口座	銀行	本店	
	信用金庫	支店	
	農協	本所	
	預金種別	普通・当座	口座番号
フリガナ			
口座名義人			

承諾書

私は、下記の事項について異議なく承諾します。

- 富里市が助成金の算定に必要な高校生等の属する世帯の市民税課税状況、所得状況、住民基本台帳等の公簿を確認すること。
- 高額医療費について富里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、過払い相当額を富里市へ支払うこと。また、富里市が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、富里市と保険者で負担相当額について相殺すること。
- 私が家族療養費附加給付金を保険者から受領した場合は、当該相当額を富里市へ支払うこと。

氏名 _____

処理欄

保険証写し 済・未（ ）	口座情報写し 済・未（ ）
情報照会 依頼日： 年 月 日	回答日： 年 月 日