

高校生等医療費支給申請書兼資格確認書

年 月 日

赤穂市長 宛

申請者住所
(保護者) 氏名
高校生等との続柄
電話 ()

下記のとおり相違ありませんので、関係書類を添えて高校生等医療費の支給を申請します。
審査に当たり高校生等の加入医療保険情報、保護者の所得情報等の関係公簿を調査(個人番号制度による情報連携を含む。)すること及び関係機関へ照会を行うことに同意します。

※所得課税証明書の提出が必要な場合で、提出の省略を希望する者は各同意者欄に本人の自署が必要です。

高校生等	個人番号					
	氏名		生年月日	年 月 日		
	住所					
保護者 (同意者)	個人番号					
	① 氏名		生年月日	年 月 日		
	② 氏名		生年月日	年 月 日		
医療機関等	名称 所在地	<input type="checkbox"/> 別添のとおり	入院期間	年 月 から 年 月 まで () 月間		
災害共済給付 受給の可否	日本スポーツ振興センターの災害共済給付を受けることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		第三者行為の有無	第三者行為について <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
なお、高校生等医療費は、下記の預貯金口座に振り込んでください。						
振込先金融機関	銀行 金庫・組合 農業協同組合	本店 支店	口座番号 (フリガナ) 口座名義	普通 当座		
加入医療保険	保険者名	保険者番号	被保険者氏名	被保険者等記号・番号		
※高校生等 保護者など の所得等の 状況	市町村民税所得割額		円	福祉 医療 制度	資格区分	<input type="checkbox"/> 重度障害者
	住宅借入金等特別税額控除額	(+)	円			<input type="checkbox"/> 母子家庭等
	寄附金税額控除額	(+)	円		受給者番号	
	年少扶養等控除額	(-)	円		資格がある 場合は受給 の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	判定市町村民税所得割額		円			
※ 審 査	総点数	領収書金額 (a)	付加給付額等 (b)	一部自己負担額 (c)	支給決定額 (a)-(b)-(c)	
	点	円	円	円	円	
支給決定		資格等確認印	係	係長	課長	支払年月日

※印欄は記入しないでください。

※本人確認(うち内容によるもの)

提出時には本人確認書類の提示又は写しの提出が必要です。