

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。
(資格確認に当たり高校生等保護者などの税情報等の所得調査及び住民基本台帳等による調査を承諾します。)

高校生等	氏名		生年月日		
			年 月 日		
	住所				
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	
医療機関等	名称	入院期間	年 月 から		
	所在地		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 信用金庫・組合 農業協同組合	本店	口座番号	普通 当座	
		支店	(フリガナ) 口座名義		
※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)

窓口への提出時には本人確認書類の提示が必要です。