

茂原市高校生等医療費助成金交付申請書

年 月 日

宛先) 茂原市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

高校生等の医療費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	無・有 自己負担限度額	円	円未満切り捨て		
他制度適用	無・有 1 ひとり親家庭等医療費助成 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					
同意書						
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同意します。 1 助成金の算定に必要な、住民税課税情報、住民登録情報、医療費情報等の個人情報について茂原市が確認すること。 2 医療費情報について、茂原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 高額療養費及び附加給付金について、茂原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及び附加給付金のうち過払い相当額を茂原市へ返還すること。						
保護者氏名			保護者氏名			

以下、事務処理欄

- 保険証の写し 領収書原本
 他制度適用確認 申請者・振込口座名義人 一致確認 同意書 保護者氏名確認