

大学生等医療費助成受給資格登録申請書

年 月 日

神崎町長 様

神崎町大学生等医療費助成の受給資格登録申請をします。

(保 申 護 請 者 者)	住 所	[〒]		
	フリガナ氏名		電話番号	
	各年1月1日の住所	今年	昨年	1/1時点住所
	申請者の住所	町内・町外	町内・町外	
配偶者の住所	町内・町外	町内・町外		
大 学 生 等	住 所	[〒] ※保護者と異なる場合に記入		
	フリガナ氏名		性別	生年月日
			男・女	年 月 日
	就学先		学年	

下記書類の添付が必要です。

- 1 大学生等が加入する医療保険各法による被保険者又は被扶養者であることを証する書類の写し
- 2 学生証又は就学していることが証明される書類の写し
- 3 申請者の通帳の写し

同意書

私は、申請日から大学生等が22歳に達する日以後の最初の3月31日又は資格が喪失するまでの間、助成金の算定に必要な私の世帯の住民基本台帳の閲覧、及び町税等の納税状況についての調査及び下記事項について同意します。

氏名 ㊟

記

- 1 高額医療費について神崎町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、過払い相当額を神崎町へ支払います。
- 2 神崎町が高額療養費の一部又は全部を負担した場合は、町と保険者で負担相当額について相殺することに同意します。
- 3 家族療養費付加給付金を私が保険者から受領した場合は、当該相当額を神崎町へ支払います。