

高校生等医療費助成受給資格登録申請書

年 月 日

神崎町長 様

神崎町高校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) | 住 所 | [〒 -] (電話番号 -) | | |
| | フリガナ | | | 配偶者 |
| | 氏 名 | Ⓜ | | 有・無 |
| | 各年1月1日の住所 申請者の住所 配偶者の住所 | 今 年 町内・町外 | 昨 年 町内・町外 | ※町外の場合は保護者の所得証明又は 非課税証明が必要です。 (控除対象配偶者を除く) ※必要な年度は申請月により異なります。 |
| 高 校 生 等 | 住 所 | [〒 -] ※保護者と異なる場合に記入 神崎町 | | |
| | フリガナ | | | 性 別 |
| | 氏 名 | 男・女 | | 生 年 月 日 年 月 日 |
| | 就 学 先 | | | 学 年 |

下記書類の添付が必要です。

- 1 高校生等が加入する保険者証の写し

- 2 学生証の写し

- 3 通帳の写し

同 意 書

私は、申請日から高校生等が18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、住民税額の課税状況及び町税等の納税状況についての調査及び確認並びに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 家族療養費附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。