

別記第3号様式（第11条関係）

高校生等医療費助成金交付申請書

年 月 日

一宮町長 様

保護者 住 所

電話番号

氏 名

Ⓜ

高校生等医療費の助成を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

| | | | | |
|---------|-----------------|---------------------------|---------|---|
| ふりがな | | 男・女 | 年 月 日生れ | 歳 |
| 高校生等氏名 | | | | |
| 住 所 | | | | |
| 加入医療保険 | 名 称 | | | |
| | 記 号 | | 番 号 | |
| | 附加給付 | 無 ・ 有 自己負担限度額 円 円未満切捨て | | |
| 就 学 先 | 名 称 | | | |
| | 住 所 | (〒 ー ー) | | |
| | 電話番号 | ー ー | | |
| 振 込 口 座 | 金融機関名 | 銀行 ・ 金庫 ・ 組合 ・ 農協 | | |
| | 本支店名 | 本店 ・ 支店 ・ 出張所 | | |
| | 口座番号 | 普通 ・ 当座 | | |
| | (カタカナ) 口座名義人 | ----- | | |