

一宮町高校生等医療費助成事業登録申請書

平成 年 月 日

扶養義務者(保護者)	住所	(〒 -)		電話	()	
	フリガナ			生年月日		
	氏名			年 月 日	配偶者 有・無	
	個人番号					
	各年1月1日の住所	今年	昨年		※町外の場合は保護者の所得課税証明又は非課税証明が必要です(控除対象配偶者となっている方は不要) ※必要な年度は申請月により異なります	
	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				
高校生等	住所	(〒 -) 一宮町		生年月日	性別	
	フリガナ			年 月 日	男・女	
	就学先	名称				
		住所	(〒 -)		電話番号	- -
世帯全員	氏名	続柄	生年月日	同居・別居		
	1		年 月 日	同居・別居		
	2		年 月 日	同居・別居		
	3		年 月 日	同居・別居		
	4		年 月 日	同居・別居		
	5		年 月 日	同居・別居		
	6		年 月 日	同居・別居		
	7		年 月 日	同居・別居		
振込口座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協		支店名	本店・支店・出張所	
	口座番号	普通・当座				
	フリガナ					
	口座名義人					

高校生等が加入する保険証の写しが必要です

上記のとおり、高校生等医療費助成事業の申請をします。
 なお、高校生等医療費助成金の算定に必要な世帯員の住民基本台帳、所得及び住民税額の課税状況と町税の納税状況、保育料の納入状況を調査することに同意します。

一宮町長様

申請者氏名

印

高校生等医療費助成事業自己負担金又は高額療養費の自己負担限度額が、住民税額によって異なるためです。

- 1 高額療養費について一宮町が過払いとなっている場合は、保険者から受領した高額療養費のうち、過払い相当額を私が町へ支払います。また、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。
- 2 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、当該相当額を一宮町へ支払います。