

高校生等医療費助成事業受給資格登録変更申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 (保護者)	住 所	(〒 - )
	電 話	- -
	氏 名	印 (高校生等との続柄 )

下記のとおり高校生等医療費助成事業受給登録の内容に変更・誤りがありましたので、受給登録の変更を申請します。

記

保護者氏名	住 所	(〒 - )		
	フリガナ	電話番号	高校生等との続柄	
	氏 名	印	- -	
高校生等	住 所	(〒 - ) 一 宮 町		
	フリガナ	生年月日	性 別	
	氏 名	続柄	氏 名	続柄
世帯構成				
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	(〒 - )		
	電 話 番 号			

注) 変更があった事項のみ記入してください。

医療保険が変更になった場合は、変更後の被保険者証等の写し（高校生等の氏名が記載されたもの）を添付して下さい。

就学先が変更となった場合は、学生証等の写しを添付してください。