

高校生等医療費助成受給資格登録申請書

年 月 日

多古町長 様

多古町高校生等医療費助成の受給資格登録申請をします。

| | | | | | | | |
|----------------|------|---|--------------|--------|-----|--|--|
| 保護者1 (申請者) | フリガナ | | 高校生等 との続柄 | 個人番号 | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 配偶者の有無 | 有・無 | | |
| | 住所 | 〒 | | 電話番号 | | | |
| 保護者2 (配偶者等) | フリガナ | | 高校生等 との続柄 | 個人番号 | | | |
| | 氏名 | | | | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 電話番号 | | | |
| | 住所 | 1 保護者1(申請者)と同じ 2 その他※以下に記入 〒 | | | | | |
| 高校生等 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | | | |
| | 氏名 | | 男・女 | 年 月 日 | | | |
| | 住所 | 1 保護者1(申請者)と同じ 2 保護者2(配偶者等)と同じ 3 その他※以下に記入 〒 | | | | | |
| | 就学先 | | 個人番号 | | | | |

同意書

私は、申請日から子どもが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、以下の内容について同意します。

- 1 所得情報、課税情報、住民登録情報、国民健康保険加入状況、医療費情報等について、町が公簿等により確認すること。
- 2 医療費情報について、町が助成額を適正に支出するために、高額療養費及び附加給付金の支給状況等の必要な情報について加入保険者へ情報照会すること。
- 3 高額医療費について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、過払い相当額を多古町へ支払うこと。
- 4 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。
- 5 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、当該相当額を町へ支払うこと。

保護者1(申請者) _____ ㊞ _____ 保護者2(配偶者等) _____ ㊞

注) 原則として、子どもの父および母の同意が必要となります。但し、世帯の事情等により異なる場合があります。
 注) 同意する方は、自ら署名して下さい。代理の方(窓口に来た人)が署名する場合は、同意する本人からの委任状が必要となります。
 注) 上記同意書に同意されない場合や多古町が公簿等で確認できない情報がある場合、必要な情報が記載された書類の提出をお願いします。

(添付書類) 通帳(写) 被保険者証(写) 学生証(写) その他()