

(表)

太枠の中は申請者が記入してください。

※領収書等の原本と学生証の写し(当該年度の初回のみ)を添付してください。

高校生等医療費助成金交付申請書					
多古町長		様		年 月 日	
[申請者]					
住所					
氏名 ㊟					
電話 ()					
高校生等医療費の助成を受けたいので、多古町高校生等医療費の助成に関する規則に基づき申請します。					
フリガナ			性別	生 年 月 日	
高校生等氏名			男・女	年 月 日	
加入医療保険	被保険者又は世帯主の氏名		保険者番号		
			記号	番号	
就学先名称				学年	
他制度適用	あり・なし	※学校の災害共済給付を受けられる場合は助成対象外です。 ※ありの場合は、次のいずれかに○印を付けてください。 (重度医療費・ひとり親医療費・その他)			
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課税台帳及び住民基本台帳の閲覧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多古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います。					
2 多古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、当該相当額を多古町へ支払います。					

※ 領収書等に受診者氏名、保険点数等の記載がない場合は、保険医療機関等で診療月別に裏面証明欄に証明を受けてから、領収書等の原本を添付して提出してください。

町窓口記入欄

自己負担額			付加給付額等		高校生等医療費 自己負担金	助成交付額 D (A - B - C)
	円	合計	有	B	C	(年 月分)
医	円	A		円	円	
食	円	円				
薬	円		無			

(裏)

～助成対象者の保護者の方へ～

【申請までの順序】

◎領収書に受診者氏名及び保険点数等の記載がある場合

- 1 保険証で受診し、医療機関等の窓口請求された額を支払い、領収書を受け取ってください。
- 2 この申請書を作成し、領収書を添付して、診療のあった月の翌月以降に子育て支援課窓口(以下「町の窓口」という。)に提出してください。

◎領収書等に受診者氏名及び保険点数等の記載がない場合(レシート等の場合)

- 1 医療機関等で各月においてはじめて受診するとき、保険証と一緒にこの申請書を医療機関等の窓口提示してください。
- 2 保険証で受診し、医療機関等の窓口請求された額を支払い、領収書等を受け取ってください。
- 3 受診月の翌月10日過ぎに、この申請書を医療機関等に提示し、前月1箇月分の医療にかかった額の証明を受けてください。なお、証明手数料を徴収される場合がありますが、この申請書作成のための証明手数料は助成対象者の負担となります。
- 4 この申請書に医療機関等で証明した診療月分の領収書等を添付して、町の窓口提出してください。

※ 医療費を支払った日の翌日から起算して2年を経過すると申請ができなくなりますので、ご注意ください。

【お願い】

- ※ 氏名・住所・就学先・振込口座・加入保険に変更があった場合は、この申請書を提出する際に、高校生等医療費受給資格登録変更届を町の窓口提出してください。
- ※ 受給の資格がなくなったときは、速やかに町の窓口へ届け出てください。ただし、年齢到達(18歳の3月31日診療分まで有効)により資格を喪失した場合、届出は不要です。
- ※ 交通事故など第三者の行為によって生じた病気やけがで診療を受けるときは、すみやかにその旨を町の窓口へ届け出てください。
- ※ この助成を受ける権利は、他に譲渡し、又は担保に供してはなりません。
- ※ 偽りその他不正な行為により助成を受けたときは、助成した額の全額又は一部を返還していただきます。

～保険医療機関・保険薬局の方へ～

【保険医療機関・保険薬局証明欄への記載について】

受診者氏名及び一部負担金等に係る診療報酬の点数や保険診療部分に係る患者負担金額が記載されている領収書を発行している場合は証明不要です。

尚、上記の領収書を発行していない場合は、この申請書に保険点数等の証明をしてください。

保 険 医 療 機 関 ・ 保 険 薬 局 証 明 欄				
診療・調剤報酬証明書(入院・通院・調剤) ※該当欄に○印を付けてください。				
診療・調剤月	年 月	公費負担額	有(円) ・ 無	
保 険 総 点 数	入院	点	外来	点 調剤 点
入 院 延 日 数	日	入院時食事療養費 の標準負担額	(円×	円 食)
保険医療機関又は 保険薬局の名称・氏名・所在地	上記のとおり証明します。 (取扱者印)			