様式第１号（第５条関係）

高校生医療費助成金交付申請書

淡 路 市 長　　様

申請者（保護者）	申請日	年　　月　　日
	住所	淡路市
	氏名	
	連絡先	

次のとおり、関係書類を添えて高校生医療費助成金の交付を申請します。

（資格確認に当たり、保護者の税情報等の所得調査及び住民基本台帳等による調査を承諾します。）

高校生	氏　　名	ﾌﾘｶﾞﾅ	生年月日	年　　月　　日生
	住　　所	☐ 申請者と同じ　☐ 左記以外　（淡路市　　）		
	保 護 者	父の氏名（　　） 母の氏名（　　）　扶養義務者の氏名（　　）		
	被保険者証の発行機関名	保険者番号（　　）	記号番号	
	医療機関等の名称		入院期間	年　　月　　日 ～ 年　　月　　日 日間
	第三者の行為による損害賠償 該当（ あり ・ なし ）		スポーツ振興センター災害共済給付金 該当（ あり ・ なし ）	

振 込 先 金 融 機 関 名	預 金 種 別	1　普通　　2　当座
銀　行　　本　店 信用金庫　　支　店 農　協 信用組合	口 座 番 号	
	フ リ ガ ナ	
	口座名義人	

添付書類　1　高校生の健康保険証、学生証
2　保険医療機関等において発行された領収書
3　医療保険が療養費払いの場合は、療養費支給証明書
4　家族療養費附加金等がある場合は、附加給付等支給額証明書

※以下の欄は記入しないでください。

保護者の所得状況等	市町村民税所得割額	円	福祉医療制度	資 格 区 分	☐ 重度障害者 ☐ 母子家庭等
	住宅借入金等特別税額控除額	(＋)　円			
	寄 附 金 税 額 控 除 額	(＋)　円		受給者番号	
	年 少 扶 養 等 控 除 額	(－)　円			
	判定市町村民税所得割額	円		資格がある場合は受給の有無 ☐ あり　☐ なし	

総医療費①	保険者負担額②	他の公費等負担額③	自己負担額④ (①-②-③)	助成金交付対象額⑤ (④＝⑤)
円	円	円	円	円