

別記

第1号様式（第8条関係）

## 高校生等医療費助成金交付申請書

年　月　日

長南町長 様

申請者 住 所

(保護者) 氏 名

印

電話番号

高校生等医療費の助成を受けたいので、長南町高校生等医療費助成に関する規則第8条第1項に基づき申請します。

なお、助成金の算定及び決定の必要となる保護者世帯の住民基本台帳、所得に関する申告状況を確認することについて承諾します。

ふりがな			男・女	年　月　日生れ	歳
高校生等氏名					
住 所	長南町				
加入医療保険	保険者名				
	保険者番号				
	保険種別				
	被保険者名				
	記 号		番 号		
	資格取得年月日				
就 学 先	名 称				
	住 所	(〒　—　)			
	電 話 番 号	—　—			
振 込 口 座	金融機関名	銀行・金庫・組合・農協			
	本支店名	本店・支店(所)・出張所			
	口座番号	普通・当座			
	(フリガナ) 口座名義人				

- 添付書類
- ・被保険者証等の写し
  - ・保険医療機関発行の領収書等原本
  - ・学生証の写し
  - ・振込先金融機関口座通帳の写し