

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 ⑩
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