

高校生等医療費支給申請書兼資格確認書

年 月 日

(宛先)

鳴門市長

申請者住所  
 (保護者) 氏名 印  
 高校生等との続柄  
 電話 ( )

鳴門市高校生等医療費助成事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。なお、審査に伴う住民基本台帳の閲覧及び高額療養費その他の付加的な給付の内容について市が調査を行うことに同意します。

高校生等	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
加入医療保険	保険者名	保険者番号	被保険者氏名	被保険者等記号・番号
	付加給付等の有無について ※「あり」の場合は自己負担限度額も記入してください			
	<input type="checkbox"/> あり 自己負担限度額 円 ( 円未満切り捨て) <input type="checkbox"/> なし			
医療機関等	名称	入院期間	年 月 から	
	所在地		年 月 まで ( ) 月間	
災害共済給付受給の可否	日本スポーツ振興センターの災害共済給付を受けることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		第三者行為の有無	第三者行為について <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他制度の適用	<input type="checkbox"/> 生活保護制度 <input type="checkbox"/> 重度心身障害者医療費助成 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成 ※適用を受けている制度にチェックをいれてください			
なお、高校生等医療費は、下記の預貯金口座に振り込んでください。				
振込先金融機関	銀行 信用金庫・組合 農業協同組合	本店	口座番号	普通・当座
		支店	(フリガナ) 口座名義	

※注 医療機関で発行された領収書（受診者氏名と診療日、保険点数の記載のあるもの）、被保険者証又は組合証の写しを添付してください。

※ 審 査	総点数	領収書金額 (a)	付加給付額等 (b)	一部自己負担額 (c)	支給決定額 (a)-(b)-(c)
	点	円	円	円	円