

記入例

第1号様式（第7条）

高校生等医療費助成金交付申請書（償還

市内在住の保護者の方が申請者となります。「申請者」と「口座名義人」は同じ保護者としてください。
自署の場合は押印を省略できます。

印西市長様

住所 **印西市大森 2364-2**

申請者（保護者）氏名※ **印西 太郎** 印

電話 **0476-42-5111**

高校生等との続柄 **父**

高校生等医療費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

フリガナ	インザイ イチロウ	性別	男 ・ 女
高校生等氏名	印西 一郎	生年月日	平成14年 5月 31日
加入医療保険	該当番号を○で囲んでください。 1 社保 2 国保 3 その他		
災害共済給付金受給の可否	該当番号を○で囲んでください。 日本スポーツ振興センターの災害共済給付金 1 受けることができない 2 受けることができる		
第三者行為の有無	該当番号を○で囲んでください。 1 有 2 無		
振込口座	該当番号を○で囲んでください。 1 下記の口座 2 前回申請時の口座		
	金融機関名	印西 銀行・金庫 組合・農協	銀行コード 0123
	支店名	大森 本店 支店	支店コード 456
	預金種目	普通	口座番号 1234567
「申請者」と「口座名義人」は同じ保護者としてください。	フリガナ	インザイ タロウ	
	口座名義人 (保護者名義)	印西 太郎	
高額な医療費の支払いの有無	該当番号を○で囲んでください。 同一月内の同一医療機関における21,000円以上（保険診療分）の医療費の支払い 1 有 2 無 有の場合は下記の承諾書に記入及び押印をお願いいたします。		

前回申請時と同じ口座でよければ金融機関名等の記載を省略できます。

高額な医療費の支払いが「有」の場合は被保険者の記名・押印が必要です。

高額療養費等に係る承諾書

私は、印西市高校生等医療費の助成における助成金の算定に必要な高額療養費の内容について、市が私の加入する保険者に照会することを承諾します。

平成30年4月1日

被保険者（組合員）氏名 **印西 太郎** 印

※申請者（保護者）欄については、同一月内に同一医療機関において21,000円以上（保険診療分）の医療費の支払いがない方に限り、氏名を自署することにより、押印を省略することができます。