

狛江市高校生世代医療費助成金支給申請書兼請求書

狛江市長 宛て

記入例

狛江市高校生世代の児童の医療費の助成に関する条例第6条の規定により、下記のとおり医療費助成金の支給を申請いたします。  
 なお、申請時資格審査のために必要な申請者及び配偶者の所得状況等を公簿等により確認することに同意します。

AI-OCR（人工知能を用いた光学的文字認識）処理を行うため、申請書に記入した内容が正確であることを確認してください。  
 また、受給中に各健康保険から高額・家族療養費等が支給される場合があります。

申請者：所得の高い方  
 （もしくはお子さんの健康保険証の被保険者の方）



提出年月日		▲▲●●年●●月●●日							
申請者 (保護者)	フリガナ	エダマメ オウジ		生年月日	▲▲●●年■月◆日	性別	男	現住所	〒201-8585 狛江市 和泉本町 1丁目1番5号
	氏名	枝豆 王子		1月1日時点の住所	1. 現住所と同じ		2. 現住所と異なる(※1)	電話番号	090-3430-1111
	1月1日時点の住所	本年	1. 現住所と同じ		2. 現住所と異なる(※1)		電話番号	090-3430-1111	
配偶者 (有無)	フリガナ	エダマメ オチョウ		生年月日	▲▲●●年◆月■日	性別	女	現住所	1. 同居 2. 国外(国名) 3. 国内別居
	氏名	枝豆 おちょう		1月1日時点の住所	1. 現住所と同じ		2. 現住所と異なる(※1)	電話番号	080-3430-1277
	1月1日時点の住所	本年	1. 現住所と同じ		2. 現住所と異なる(※1)		電話番号	080-3430-1277	

高校生世代の児童	フリガナ	エダマメ ホタル		生年月日	▲▲●●年●●月●●日	続柄	■申請者と同じ	住所	狛江市
	氏名	枝豆 ほたる		1月1日時点の住所	1. 現住所と同じ		2. 現住所と異なる(※1)	電話番号	080-3430-1277
申請する医療費	▲▲●●年●●月分	▲▲●●年■月分	▲▲●●年◆月分	▲▲●●年▲月分	▲▲●●年●●月分	枚	枚	枚	枚
	●●●●円	●●●●円	●●●●円	●●●●円	●●●●円	枚	枚	枚	枚

申請者の口座を記入してください。

振込先金融機関	●●	銀行	■	本店	金融機関コード	◆◆◆◆	店舗コード	▲▲▲▲	口座種別	普通・当座・貯蓄
口座番号(右詰め)	●	●	●	●	フリガナ	エダマメ オウジ				
	●	●	●	●	口座名義人(申請者)	枝豆 王子				

提出書類（公簿等により確認できるときは省略可）	受付印
<ul style="list-style-type: none"> <li>■（必須）児童が加入している健康保険証の写し（受診日時点で有効な保険証）</li> <li>■（必須）領収書の原本（保険点数、受診者名、受診日、負担割合等の記載があるもの）</li> <li>■（※1該当者のみ）非課税証明書等（申請者：不要 配偶者：令和3年度）</li> </ul>	必須書類。必ず確認！
<ul style="list-style-type: none"> <li>*受診月が4月から9月までの場合は前年度の非課税証明書</li> <li>*海外に住んでいたときはパスポートの写し等</li> <li>□（取得者のみ）限度額適用認定証・支給決定通知書等</li> <li>□（ひとり親・養育者のみ）申請者が高校生世代の児童を養育していることが分かるもの</li> </ul>	該当する方のみ必要 ※記入例は妻が令和3年1月1日に市外（調布市）居住のため、調布市で令和3年度非課税証明を取得し申請書と一緒に提出必要！

※市記入欄

【本人確認】（申請者・配偶者・代理人）の（保険証・免許証・その他（ ））