第１号様式（第７条関係）

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

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）処理を行うために，本票にご記載いただいた内容を事業者のサーバーに提供することに同意します。

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た場合，この金額の一部又は全部を市へ返還することを誓約します。

記

提出年月日	年　　月　　日

申請者（保護者）	フリガナ		生　年　月　日	性別	現　住　所	
	氏　名		年　　月　　日		〒　　－ 狛江市 丁目　　番　　号	
	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）			
		前年	１．現住所と同じ　　２．現住所と異なる（※1）		電話番号	
配偶者 有・無	フリガナ		生　年　月　日	性別	現　住　所	
	氏　名		年　　月　　日		１．同居 ２．国外（国名　　） ３．国内別居 （　　）	
	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）			
		前年	１．現住所と同じ　　２．現住所と異なる（※1）		電話番号	

高校生世代の児童	フリガナ		生　年　月　日	続柄	住　　所
	氏　名		年　　月　　日		□申請者と同じ 狛江市

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	枚
	円	円	円	円	円

申請者の口座を記入してください。

振込先金融機関	銀　行 信用金庫 農　協	本店 支店 出張所	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	
								口座名義人（申請者）	

提出書類（公簿等により確認できるときは省略可）	受　付　印
□（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）	
□（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）	
□（※１該当者のみ）非課税証明書等（申請者：　　配偶者：　　）	
＊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	
＊海外に住んでいたときはパスポートの写し等	
□（取得者のみ）　限度額適用認定証・支給決定通知書等	
□（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	

※市記入欄	振込日
【本人確認】　（ 申請者 ・ 配偶者 ・ 代理人 ）の（ 保険証 ・免許証 ・その他（　　））	決定額