

高校生等医療費 受給資格登録 申請書 受給資格者証交付

由布市長 殿
下記のとおり高校生等医療費受給資格者証の交付を申請します。

申請日	年	月	日
-----	---	---	---

保護者	住所	〒 - 由布市 連絡先電話番号（ - - ）												
	氏名	フリガナ			性別	男・女	続柄	本人	生年月日			年	月	日
子ども①	氏名	フリガナ			性別	男・女	続柄		生年月日			年	月	日
	同居・別居の別	同・別	住所	(保護者と別居している場合に記入してください)					就職の有無	有・無	婚姻の有無	有・無		
子ども②	氏名	フリガナ			性別	男・女	続柄		生年月日			年	月	日
	同居・別居の別	同・別	住所	(保護者と別居している場合に記入してください)					就職の有無	有・無	婚姻の有無	有・無		
子ども③	氏名	フリガナ			性別	男・女	続柄		生年月日			年	月	日
	同居・別居の別	同・別	住所	(保護者と別居している場合に記入してください)					就職の有無	有・無	婚姻の有無	有・無		
◎下記の他制度を利用している方は本制度の対象外となります。														
他制度	生活保護受給	有・無	ひとり親家庭等医療費助成 重度心身障害者医療費助成等							有・無				
備考欄	<input type="checkbox"/> 高校生等の健康保険証の写し <input type="checkbox"/> 通帳等振込先口座がわかるものの写し <input type="checkbox"/> 住民票の写し（別居の場合） <input type="checkbox"/> 転出の事由がわかるもの（別居の場合）										◎認定の際、公簿で確認することに同意します。			
										保護者氏名 印				

☆記入押印に代えて署名することができます。
※太枠内をすべて記入してください。

※市役所記入欄

審査内容	対象者が由布市の住民である。（就学等の事由で転出は例外）	<input type="checkbox"/>	審査人	受付人	受付日
	高校生等が保護者に扶養されている。	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 2px dashed black; border-radius: 50%; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>		
	高校生等が就職又は婚姻していない。	<input type="checkbox"/>			
	上記の他の医療助成制度を利用していない。	<input type="checkbox"/>			