

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
こ 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		
こ 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		
こ 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"/>			
	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"/>			