

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	〒 ー ー 由布市 連絡先電話番号(ー ー)					
	氏名	フリガナ		性別	男・女	続柄	本人
①	氏名	フリガナ		性別	男・女	続柄	
	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
②	氏名	フリガナ		性別	男・女	続柄	
	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
③	氏名	フリガナ		性別	男・女	続柄	
	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
◎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 _____			

※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"/>			