

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)					
	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)					
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)					
	◎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			有・無
備考欄	☐ 高校生等の健康保険証の写し ☐ 通帳等振込先口座がわかるものの写し ☐ 転出先の住民票、学生証等 (就学等の理由による転出の場合)					◎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)	☐	審査人	受付人	受付日
	上記の他の医療助成制度を利用していない。	☐			