受付印

菰野町高校生等医療費負担軽減申請書

ふりがな	こもの　たろう	性別	男	生年月日	○○年 ○○月 ○○日
対象者名	菰野　太郎				

※診療月時点							
年齢	○ 歳	学年	高校○年生	診療年月	○○年 ○○月	回数／年	回目

※当てはまる方に「✓」	☑交通事故によらないもの	☑学校の管理下でのケガではない
	□交通事故によるもの	□学校の管理下でのケガ　（申請対象外）

振込口座	○　○ 銀行・農協 信用（金庫・組合）			○　○ 支店 出張所		
	名義人（カタカナ）	コモノ　イチロウ	種別	普通・当座	番号	1234567

菰野町長あて

菰野町高校生等医療費負担軽減に関する要綱第４条により交付を受けたいので、上記のとおり申請します。菰野町が制度の目的のため、必要事項を調査することを承諾します。

○○年○○月○○日

申　請　者　住　　所　三重郡菰野町　**保護者住所**

保護者氏名　**保護者氏名**　TEL　○○○－○○○○－○○○○

※調査において、対象者及びその扶養義務者に町税の滞納があることが判明した場合は、菰野町高校生等医療費負担軽減制度対象外となります。　（ ☑ 申請者確認 ）

宛名番号	No.	有・無	医科	入院・外来	※加入健康保険証写し添付		
※福祉医療費受給資格がないこと			歯科	入院・外来	※領収証の写し添付		
合計保険点数	a　点	一部負担額	b(a×　割合)　円	高額療養費	c　円	付加給付額	d　円

他公費	負担割合	負担区分	最終自己負担額	e(b-c-d)　円	控除額	f　円	交付額	e-f　円
有・無	割	ア・イ・ウ エ・オ						

※保険診療による医療費の自己負担額が１か月に１万円以上である。