

【高校生相当年齢用】

第1号様式

松戸市高校生等医療費助成金交付申請書（償還払い）

受付印

（あて先）松戸市長

松戸市高校生等医療費の助成に関する規則第6条の規定に基づき申請します。なお、本制度を利用する間、申請者及び健康保険の被保険者の属する世帯の所得状況その他事務手続きに必要な情報を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により、松戸市が確認することを承諾します。また、私が健康保険組合から附加給付を受領した場合は、当該相当額を松戸市へ返還します。

併せて、高額療養費等に該当する可能性のある場合、本市が健康保険組合へ照会及び支給額の調整すること及び松戸市国民健康保険の被保険者の場合で、高額療養費の支給を受けることができるときは、松戸市が当該相当額を私に代わって請求することを承諾します。

電子申請・郵送可

申請年月日	受付日と同日		※太枠を記入、該当項目に☑	
配偶者の有無	<input type="checkbox"/> 有り→下記①及び②の両方記入 <input type="checkbox"/> 無し→どれか一つ（ <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 未婚）			
保護者等	申請者①		申請者② 左記以外【配偶者・同居の祖父母】	
氏名 (署名)	ㄗがナ		ㄗがナ	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
現住所	松戸市		<input type="checkbox"/> 同左 <input type="checkbox"/> 他住所（ ）	
電話番号	— — (日中の連絡先)		— — (日中の連絡先)	
今回申請対象の子ども	ㄗがナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	続柄 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子以外（ ）

高校生等医療費助成金交付申請が2回目以降のため、下記の記入事項を省略します。※初回は記入必須！

保護者等	申請者①		申請者②	
個人番号				
1月1日 住所地	本年	<input type="checkbox"/> 松戸市内 <input type="checkbox"/> 海外→【国名：】 <input type="checkbox"/> 松戸市外→【市区町村名：】	<input type="checkbox"/> 松戸市内 <input type="checkbox"/> 海外→【国名：】 <input type="checkbox"/> 松戸市外→【市区町村名：】	
	前年	<input type="checkbox"/> 松戸市内 <input type="checkbox"/> 海外→【国名：】 <input type="checkbox"/> 松戸市外→【市区町村名：】	<input type="checkbox"/> 松戸市内 <input type="checkbox"/> 海外→【国名：】 <input type="checkbox"/> 松戸市外→【市区町村名：】	
子どもの保険種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険以外（社会保険・各共済組合等）			
被保険者名 (国民健康保険は「世帯主氏名」) ※健康保険証をご確認ください。	<input type="checkbox"/> 上記、申請者①・② <input type="checkbox"/> 上記、申請者①・②以外→必ず下記に署名・記入してください。			
氏名 (署名)	ㄗがナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
		現住所		

事前確認事項 ※必ずお読みください。	<input type="checkbox"/> 領収書が、支払い日の翌日から2年以内のものである。 <input type="checkbox"/> 健康保険証を提示し、支払った医療費（保険適用外は対象外）である。 →全額負担した場合、申請前にご加入の健康保険組合等へ手続きを行い、療養費支給決定通知の添付が必要です。 <input type="checkbox"/> 補装具代金を申請する場合、申請前に健康保険組合等へ療養費の申請を行い、支給決定を受けている。 →療養費支給決定通知書の添付が必要です。 <input type="checkbox"/> 領収書の保険自己負担額（1か月）が21,000円以上の場合において、本市からの高額療養費等の照会を受付しない健康保険組合等（全国健康保険協会等）にご加入している場合、申請前に健康保険組合等へ高額療養費・附加給付金の支給申請をし、支給・不支給決定を受けている。高額療養費・附加給付金については、ご加入の健康保険組合等へお問い合わせください。→支給・不支給決定通知書の添付が必要です。※本市から高額療養費等の照会が必要な場合、申請から助成金の交付まで3～4か月程度の期間を要しますのでご了承ください。			
	添付書類 ※添付書類に不備があると受理できません！	必須	<input type="checkbox"/> 領収書（原本又はコピー） →領収書に保険点数が記載されていない場合、「診療明細書」を併せてご提出ください。 <input type="checkbox"/> 子どもの保険証のコピー <input type="checkbox"/> 保護者名義の通帳又はキャッシュカードのコピー } ※A4一枚にコピー	
	該当者のみ	<input type="checkbox"/> 加入健康保険組合等からの高額療養費、附加給付金、療養費の支給又は不支給決定通知書（コピー） ※加入健康保険組合等から支給を受けた場合又は補装具代金を申請する場合に必要。 <input type="checkbox"/> 医師の処方箋・診断書・意見書等（コピー） ※補装具代金を申請する場合のみ必要。		

.....【市記入欄】※申請者は記入しないでください。.....

窓口	<input type="checkbox"/> 不足書類無し ※添付書類に不備がある場合は、受付しないでください。				
資格処理	所得状況	転入日	書類確認	内容確認	負担区分確認
	<input type="checkbox"/> 父所得 : 課・非・被・未・み・均 <input type="checkbox"/> 母所得 : 課・非・被・未・み・均	子 (R . .) 父 (R . .) 母 (R . .)	領収書 枚 明細書 枚 決定通知 枚 診断書等 枚	<input type="checkbox"/> 補装具 () <input type="checkbox"/> 小慢・育成等 () <input type="checkbox"/> 高額入院 () <input type="checkbox"/> 高額外来 ()	() : D・C・B () : D・C・B () : D・C・B