**高校生等医療費助成受給資格登録変更申請書**

年　　月　　日

（宛先）山武市長

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者  (保護者) | 住　　所 | 〒　　　― |
| 電話番号 | ―　　　　　― |
| 氏　　名 | (高校生等との続柄　　　　) |
| 高校生等氏名 |  |

　下記のとおり高校生等医療費助成受給登録の内容に変更・誤りがありましたので、受給資格の登録事項の変更を申請します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保護者等 | 住　所 | 〒　　　― | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | 電話番号 | | | －　　　－ |
| 氏　名 |  | | | | |
| 高校生等 | 住　所 | 〒　　　― | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | 生年月日 | | | | 年　月　日 |
| 氏　名 |  | | | |
| 就学先 | 名称 |  | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　― | | | | | | | |
| 加入医療保険 | 保険者名 |  | | | | | | | | |
| 保険者番号 |  | | | | | | | | |
| 保険種別 | 1　国民健康保険　　　　　　2　その他 | | | | | | | | |
| 被保険者、組合員又は世帯主 | 氏　　　名 | | |  | | | | | |
| 資格取得年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | |
| 記号番号 | 記号 | |  | | | | 番号 |  | |

注)変更があった事項のみ記入してください。

医療保険が変更した場合、変更後の被保険者証等の写しを添付してください。

就学先が変更になった場合は、在学を証明する書類の写しを添付してください。

保護者が変更になった場合は、同意書にご記入ください。

|  |
| --- |
| 同　意　書  　高校生等医療費助成制度を申請するにあたり、本制度を利用する間、本件申請に関する事務を処理するために必要な世帯員の住民基本台帳の情報提供並びに世帯の所得及び課税情報に関する情報、市税の納税状況及び保育料の納入状況について、調査、確認することに同意します。  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名  個人番号　　　　　　　　　　　　　　　個人番号 |