別記様式第１号（第５条関係）

京丹後市大学生等医療費補助金支給申請書兼請求書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　歳) |
| 受診者氏名 |  |
| 加入している医療保険 | 保険種別 | 国保 ・ 国保組合 ・ 協会けんぽ健保組合 ・ 日雇・ 船員 ・共済 | 記号・番号 |  |
| 資格取得年月日 | 　年　　　月　　　日 | 世帯主氏名(国保の方)被保険者氏名・組合員氏名(社保の方) |  |
| 保険者番号 |  |
| 大学等の名称 |  | 受診月の年齢 | 歳 |
| 負傷・疾病等の発生場所①か②のどちらかを囲んでください。 | ①学校内 | ②学校以外 |
| 婚姻の有無　（※） | 有　 ・ 無 |
|  　　年　　　　月 診療分 |
| 療養を受けた医療機関等名 | 入院・入院外等の別 | 支給決定額(円) |
|  | 入院・入院外・歯科・調剤・その他(　　　) |  |
|  | 入院・入院外・歯科・調剤・その他(　　　) |  |
|  | 入院・入院外・歯科・調剤・その他(　　　) |  |
|  | 入院・入院外・歯科・調剤・その他(　　　) |  |
|  | 入院・入院外・歯科・調剤・その他(　　　) |  |
| 振込先金融機関 |  | 本店支店 | 口座種別 | 普通 ・ 当座 |
| フリガナ |  |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義(保護者) |  |
| 　上記のとおり京丹後市大学生等支援医療費補助金交付要綱（令和５年京丹後市告示第１７０号）第５条第１項の規定により申請します。　　　　　年　　月　　日　保護者住所　京丹後市　　　　　　　　　 　　 番地氏名　　　　　　　 　　　 続柄( )　　　京丹後市長　様 (電話　　　　　　－　　　　　－　　　　　　)　　　 |

1　受診者の氏名、受診日、金額、保険点数保険医療機関名及び領収日の記載のある領収書等(レシート可)を必ず添付してください。領収書等に受診者の氏名及び保険点数の記入がない場合は、医療機関で書き足してもらってください。

**2　1と併せて、被保険者証(写し可)及び学生証、在学証明書その他大学生等の身分を証する書類の写しを添付してください。**

※　婚姻の有無については、事実婚の場合は“ 有 ”として下さい。