

高山市19歳高校生医療費助成事業事前登録申請書

(あて先)高山市長

申請者 氏名 _____
 (保護者) 住 所 _____
 電話番号 _____
 対象者との続柄 _____

高山市19歳高校生医療費助成金の交付を受けたいので、高山市19歳高校生医療費助成事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり登録申請します。

記

(ふりがな) 対象者（高校生）氏名	
住 所	高山市 番地
生年月日	年 月 日
学 校 名 (在学している学校に ○印を記入)	益田清風高等学校 斐太高等学校 飛騨高山高等学校 高山工業高等学校 吉城高等学校 飛騨神岡高等学校 高山西高等学校 飛騨特別支援学校 高山日赤分校 吉城特別支援学校 下呂特別支援学校 飛騨高山高等学校（定時制）
学 年（申請時）	年 生
加入医療保険	
<input type="checkbox"/> 本申請により取得した情報を、関連する小児インフルエンザ予防接種助成事業のために健康推進課と共有することに同意します。	

[添付書類]

- ・在学証明書（申請する年度の4月1日以降に発行されたもの）
- ・加入健康保険情報が確認できるもの（資格確認書、マイナポータル画面の写し など）