

端末購入支援金（多子世帯補助）健康保険証等（写）貼付様式

1 生徒本人及び保護者等(申請者)の情報 端末購入リーフレット記載の販売番号を記入してください。

販売番号	ABCD1234					
生徒氏名	セイ	トウキョウ			メイ	イチコ
	姓	東京			名	一子
在籍する学校名	西新宿	高等学校 中等教育学校	課程	全日制	定時制・通信制	小学科
保護者等(申請者)氏名	セイ	トウキョウ			メイ	ハナコ
	姓	東京			名	花子
保護者等(申請者)連絡先電話番号	090 - ●●●● - ●●●●					

2 健康保険証等(写)貼付欄

※ 端末購入サイトに入力した生徒
 ※ 生徒本人が端末購入対象となる
 ※ 上記の時点において、23歳未満
 ※ 上記の時点において、23歳未満
 ※ 紛失や再発行手続中等で、お手元

記入例

1人目 (氏名: **東京 一子**)

支援金の審査の際に、学校の経営企画室や端末購入支援金の申請内容の確認を受託する事業者（令和5年度は東京学校支援機構(TEPRO)、令和6年度事業者は今後決定）から、申請内容について確認の連絡が入る場合があります。

●●保険 家族（被扶養者）
 被保険者証 記号 [] 番号 []

氏名 東京 一子
 生年月日 平成19年4月4日 性別 女
 認定日 平成29年4月1日
 被保険者氏名 東京 花子
 保険者番号 []
 保険者所在 東京都西新宿区●-×-▲
 被保険者氏名 ○×▲健康保険組合

生徒の健康保険証上の扶養者の名前を記入してください。国民健康保険証の場合は、生徒の親権を行う者、本人など、保護者に該当する方のお名前を記入してください。

2人目 (氏名: **東京 二郎**)

●●保険 家族（被扶養者）
 被保険者証 記号 [] 番号 []

氏名 東京 二郎
 生年月日 平成23年9月9日 性別 男
 認定日 平成29年4月1日
 被保険者氏名 東京 花子
 保険者番号 []
 保険者所在 東京都西新宿区●-×-▲
 被保険者氏名 ○×▲健康保険組合

3人目 (氏名: **東京 三郎**)

●●保険 家族（被扶養者）
 被保険者証 記号 [] 番号 []

氏名 東京 三郎
 生年月日 平成25年6月6日 性別 男
 認定日 平成29年4月1日
 被保険者氏名 東京 花子
 保険者番号 []
 保険者所在 東京都西新宿区●-×-▲
 被保険者氏名 ○×▲健康保険組合