

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・負担額通知書に記載の販売番号を記入 (端末購入サイト以外で端末を購入した場合は空欄)			
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 <small>中等教育学校</small>	課程	全日制・定時制・通信制	小学科 普通科
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

- ※ 端末購入サイトに入
- ※ 生徒本人が端末購入
- ※ 上記の時点において
- ※ 上記の時点において
- ※ 紛失や再発行手続中等で、お子元に保険証がない場合は、その旨を下欄に記載してください(※日、有効な医療証等を提出ください)。

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（東京学校支援機構（TEPRO））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20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やその他事情がある場合は、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 一花
 生年月日 平成23年9月9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

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 小太郎
 生年月日 平成26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