

様式第1号(第2条関係)

| | | | | |
|---------|---|--------|--------|-----|
| ※受給資格適否 | | | ※受給者番号 | |
| 適 | 否 | (否の理由) | ※附加給付 | 有・無 |

乳幼児医療費受給資格登録申請書

平成 年 月 日

檜葉町長 様

下記のとおり、乳幼児医療費受給資格の登録を申請します。
 なお、助成額の決定等のため、所得・課税状況を調査することに同意します。

申請者 氏名 ㊟

| | | | | |
|------------------|----------------------|--|-------------|------------|
| 保 護 者 | ふりがな 氏 名 | | 電 話 | — — |
| | 住 所 | | | |
| | 職 業 | | | |
| 乳 幼 児 | ふりがな 氏 名 | | 男 ・ 女 | 生年月日 年 月 日 |
| | 住 所 (保護者と異なる場合のみ) | | | |
| 加 入 保 険 | 保険者名 | | | |
| | 記号番号 | | | |
| | 被保険者名 | | | |
| | 事業所 | | | |
| | 所在地 | | | |

附加給付に関する証明

当事業所においては、上記対象者の家族療養費に対する附加給付は次のとおりです。

給付内容

(保険者が全国健康保険協会の場合は証明を要しない。)

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

保険者名又は所属所長名 ㊟

助成金振込口座

| | | | |
|-------|-------|-------|-----------------|
| 金融機関名 | | 本・支店名 | |
| 口座種別 | 当座・普通 | 口座番号 | (フリガナ) 口座名義人 |

※ 添付書類

- ① 健康保険証の写し ② その他町長が必要と認めた書類