

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