

様式第1号(第5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						
令和 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