

様式第1号(第2条関係)

受給資格適否		加入保険			
適	否	(否の理由)	附加給付	有・無	
子ども医療費受給資格登録申請書 令和 年 月 日 檜葉町長 様 申請者 住所 檜葉町大字 字 氏名					
保 護 者	ふりがな 氏名			電 話	— —
	住 所				
	職 業				
児 童	ふりがな 氏名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
	住 所				
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