

様式第1号（第5条関係）

受給資格の適否				加入保険			
適・否	(否の理由)			附加給付		有・無	
受給者資格証番号							

※ 上の欄には、申請者は記入しないでください。

子ども医療費受給資格登録申請書

年 月 日

下 郷 町 長 様

住 所
(申請者)
氏 名

印

保 護 者	氏 名		続柄		電話	
	住 所					
	職 業			電話		
子 ど も	氏 名		生年月日		年 月 日	
	住 所					
加 入 保 険	保 険 者 名					
	記 号 番 号	(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)

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所長 印