

様式第1号

受給資格者適否		加入保険	
適	否 (否の理由)	付加給付	有・無

乳児医療費受給資格登録申請書

平成 年 月 日

柳津町長 殿

(申請者) 住所 河沼郡柳津町大字 字
氏名 番地
⑩

保 護 者	ふりがな 氏名				
	住所				
	職業				
乳 児	ふりがな 氏名	生年 月日	平成 年 月 日	性別	男・女
	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

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。

平成 年 月 日

事業所長

⑩