

様式第1号(第6条関係)

受給資格要否		加入保険	
要 否(理由)		附加給付	有 無

重度心身障がい者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

西会津町長 様

住所
申請者
氏名 印

受給者	氏 名		生年月日	
	住 所			
保護者	氏 名		職業	
	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。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所長名 印