

様式第1号

受給資格要否	加入保険	
要否(理由)	附加給付	有 無

子育て医療費サポート事業受給資格登録申請書

年 月 日

西会津町長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名
(電話番号)

保護者	ふりがな	
	氏名	
	住所	
	職業	
対象者	ふりがな	
	氏名	
	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

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

[保護者記入欄]

同意書

申請に係る私の所得・課税状況につき貴町住民税担当課に報告を求めることに同意します。

年 月 日

住所
氏名