

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。

<p>子ども医療費受給資格登録申請書</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>下 郷 町 長 様</p> <p style="text-align: center;">住 所 (申請者) 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>							
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						
<p>附加給付に関する証明</p> <p>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。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>(給付内容)</p> </div> <p>上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">事業所長</p> <p style="text-align: right;">印</p>							