

第1号様式（第1条関係）

受給資格要否	障害内容 適 不適	加入保険	健保 国保 老人
要否（理由）	所得 適 不適	附加給付	有 無

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

猪苗代町長 様
 平成 年 月 日
 住所
 申請者 氏名 印

受給者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日
	住所	猪苗代町		
保護者	ふりがな 氏名		職業	続柄
	住所	猪苗代町		
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。

平成 年 月 日

事業所長名

印