

第1号様式（第1条関係）

受給資格要否		加入保険	
要否（理由）		附加給付	有 無

重度心身障害者医療費受給者証交付申請書

年 月 日

鏡石町長様

申請者 住所
 氏名 印

受給者	ふりがな 氏名		生年月日	
	住所			
保護者	ふりがな 氏名		職業	続柄
	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

