

様式第1号

受 給 資 格 適 否			加入保険	
適	否	(否の理由)	附加給付	有 ・ 無
<p>乳幼児及び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>金山町長 様</p> <p style="text-align: right;">住 所 金山町大字 字</p> <p style="text-align: center;">(申請者)</p> <p style="text-align: right;">氏 名 印</p>				
保 護 者	氏 名			
	住 所	金山町大字 字		
	職 業			
子 ど も	氏 名		生年月日	年 月 日 性別 男 ・ 女
	住 所	金山町大字 字		
加 入 保 険	保 険 者 名			
	記 号 番 号			
	被 保 険 者 名			
	事 業 所			
	所 在 地			
<p><u>附加給付に関する証明</u></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; min-height: 80px;"> <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 印</p>				