

第1号様式

受給資格要 否・否(理由)	加入保険	
	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

只見町長 様

申請者 住所  
氏 名 印

ふりがな 氏 名	住所	生年月日	
-------------	----	------	--

住所			
----	--	--	--

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。

平成 年 月 日

事業所長名 印