第1号様式

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給資格要否要・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　　日小野町長　　殿 |
| 申請者 | 住所氏名　　　　　　　　　　㊞ |
| 　 | ふりがな氏名 | 　 | 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。　　　　　　年　　月　　日事業所長名　　　　　　　　　　 |