

第1号様式

受給資格要 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

令和 年 月 日

会津坂下町長様

河沼郡会津坂下町

住所
申請者 氏名 印

受給者	ふりがな 氏 名		生年月日			
	住 所	河沼郡会津坂下町				
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。

--

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所長名

印

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

令和 年 月 日

会津坂下町長様

河沼郡会津坂下町

書類を提出される方
(本人、もしくはご家族
等)

住所 大字〇〇字△△××番地
申請者 氏名 坂下 花子 印

受給者	ふりがな氏名	坂下 太郎	生年月日	昭和〇〇年〇月〇日
	住所	河沼郡会津坂下町 大字〇〇字△△××番地		
保護者	ふりがな氏名	重度対象になっている方 (障がい手帳をお持ちの方)		
	住所			
加入保険	保険者名	全国健康保険協会 福島支部 …など		
	記号番号	〇〇〇〇〇〇 △△		
	被保険者名	坂下 太郎		
	事業所	〇〇〇〇株式会社		
	所在地			

・保険証の保険者名称の部分を参照してください
・記号と番号は少し間をあけてください
・保険証に記載がある場合は事業所名もお願いします

附加給付に関する証明

当事業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。

--

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

事業所長名

印