|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　　長 | 主　幹 | Ｇ　　Ｌ |  | 合　議 |
|  |  |  |  |  |

**福祉医療費助成制度該当（不該当）報告書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 組合員証記号番号 |  | 組合員氏　名 |  | 所属所名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 該当者氏名 | 続柄 | 生年月日 | 該当（不該当）年月日 |
| 組合員 |  | 本人 | 年 月 日 | 該当日不該当日 | 年　 月　 日 |
| 被扶養者 |  |  | 年 月 日 | 該当日不該当日 | 年 月 日 |
|  |  | 年 月 日 | 該当日不該当日 | 年 月 日 |
|  |  | 年 月 日 | 該当日不該当日 | 年 月 日 |
|  |  | 年 月 日 | 該当日不該当日 | 年 月 日 |
| 種　類 | 1　重度心身障害者医療費助成　（福祉番号：　　　　　　　　　　　）2　母子（父子）家庭医療費助成（福祉番号：　　　　　　　　　　　）3　市町において設けられた特別な医療費助成（名称：　　　　　　　　　　　、番号：　　　　　　　　　 　） |
| 上記のとおり報告します。滋賀県市町村職員共済組合理事長　様　　年　　月　　日住　所組合員氏　名　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 上記は事実と相違ないものと認めます。　　　年　　月　　日職　名所属所長氏　名　　　　　　　　　　　　　　　 |