

課 長	課長補佐	G L	担 当	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 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">住 所</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">組 合 員</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏 名</div> <div style="text-align: right;">印</div>	
--	--

上記は事実と相違ないものと認めます。 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">職 名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">所属所長</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">氏 名</div> <div style="text-align: right;">印</div>	
--	--