

様式第 10 号(第 11 条関係)

ひとり親家庭等医療費受給者被害届

受給者番号	受給者氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		
住 所	電話 ( )			
1 疾病・負傷の具体的内容				
2 事故等発生原因及び発生年月日				
3 受診先医療機関の名称				
4 所轄警察署の立会いの有無 ( 有 ・ 無 )				
「有」のとき：警察署名 _____				
5 加害者の氏名、住所及び勤務先				
氏名		勤務先		
住所				
電話 ( )		電話 ( )		

上記のとおり第三者の行為を原因とする疾病又は負傷について、医療その他の療養を受けたので受給者証を添えて届出します。

年 月 日

住 所

届出者

氏 名

Ⓜ

電 話

( )

(受給者との続柄

)

燕 市 長 様