様式第17号(第11条関係)

|  |
| --- |
| 福祉医療費助成事由(被害)届 |
| 医療証(資格証)受給者番号 | 　 | 氏名 | 　 | 生年月日 | 年　月　日生 |
| 被害を与えた者(第三者) | 居住地 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 医療機関名 | 診療開始日 | 診療見込期間 |
| 　 | 　 | 　 |
| 被害の状況 | 　 |
| 　上記のとおり第三者の行為により被害を受けましたので届け出ます。　　　　　　年　　月　　日住所　　　　　　　　　　　　　　　届出人　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　(助成対象者との続柄　　　　　　) 　　　出雲市長　　　　様 |