様式第16号(第10条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 乳幼児等医療費助成事由(被害)届 | | | | | | | |
| 受給資格者 | | 資格証記号番号 | |  | | 生年月日 | |
| 氏名 | |  | | 年　　月　　日生 | |
| 乳幼児等 | | 氏名 | |  | | 生年月日 | |
| 住所 | |  | | 年　　月　　日生 | |
| 被害を与えた者  (第三者) | | | 住所 |  | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 医療機関名 | | | |  | | | |
| 診療開始日 | | | | 年　月　日 | 診療見込期間 | | 年　　月　　日 |
| ～ |
| 年　　月　　日 |
| 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お届けします。  　　　　　年　　月　　日  住所  届出人  氏名  電話番号(　　　)　　―  (乳幼児等との続柄　　　　　　)  　出雲市長　　　　様 | | | | | | | |