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 |