様式第９号（第１２条関係）

子ども医療費助成事由（被害）届

年　　月　　日

出雲市長　　様

届出者　住　所

氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 － 　 －

助成対象子どもとの続柄：

以下のとおり、第三者の行為により被害を受けましたので届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 助成対象子ども | 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 生年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
| 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 | |  |