

福祉医療費助成事由（被害）届				
被害を受けた 助成対象者	医療証(資格証)受給者番号			
	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日生
	住 所			
被害を与え た者（第三者）	住 所			
	氏 名			
医 療 機 関 名	診 療 開 始 日	診 療 見 込 期 間		
	年 月 日			
被害の 状況				
<p style="text-align: center;">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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">届出人 住所 氏名 ㊞ (助成対象者との続柄)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">江津市長 様</p>				