

様式第11号(第9条関係)

子ども医療費助成事由(被害)届

受給 資格者	資格証記号番号		生年月日
	氏名	男・女	・ ・ ・
子ども	氏名		生年月日
	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		年 月 日	診療見込期間 ・ ・ ・ ・ ・ ・
被害の状況			
<p>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>年 月 日</p> <p>住所 届出人 氏名 (子どもとの続柄)</p> <p>江津市長 様</p>			