

様式第5号(第9条関係)

重度心身障害者医療費助成事由(被害)届

年 月 日

砥部町長様

届出人 住 所 愛媛県伊予郡砥部町

氏 名 ㊟

続柄()

次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。

受 給 者 番 号		氏 名	
療 養 機 関 名			
療 養 期 間	年 月 日から 年 月 日		見込完了
被 害 の 状 況 (病 名)	()		
加 害 者	住 所		
	氏 名		
備 考			