

様式第6号(第9条関係)

ひとり親家庭医療費助成事由(被害)届

年 月 日

砥部町長 様

届出人 住 所

氏 名



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 まで	見 込 了
被 害 の 状 況 (傷 病 名)			
加 害 者	住 所		
	氏 名		