様式第13号(第16条関係)

重度心身障害者医療費受給者被害届

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者番号 | 受給者氏名 | 　 | 性別 | 男・女 |
| 　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日　　　 |
| 住所 | 　 |
| 1　疾病・負傷の具体的内容2　事故等発生原因及び発生月日3　受診先医療機関の名称4　所轄警察署の立ち会いの有無　(有　・　無)　　　　　　　　有のとき：警察署名　　　　　　　　　　　　　　　5　加害者の氏名、住所、勤務先 |

　上記のとおり第三者による被害を受けたので受給者証を添えて届け出ます。

　　　　　年　　月　　日

住所

届出者

氏名

(受給者との続柄　　　　)

　(宛先)村上市長