

## 記入例

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	村上 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
12345	生年月日	昭和40年 1月 1日		
住所	村上市三之町1番1号			
1 疾病・負傷の具体的内容 村上太郎が交差点にて、青信号により横断歩行中、赤信号の車道から〇〇 〇〇が運転する車両が侵入し、歩行中の村上太郎と接触した。 村上太郎は転倒し、左大腿骨の骨折などを重傷した。 下記医療機関を受診し、全治2ヶ月の診断を受けた。				
2 事故等発生原因及び発生日 〇〇 〇〇が運転する車両の信号無視 令和元年10月31日				
3 受診先医療機関の名称 〇〇病院 〇〇科				
4 所轄警察署の立ち会いの有無 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 有のとき：警察署名 〇〇警察署				
5 加害者の氏名、住所、勤務先 〇〇 〇〇 村上市2番地 (株)〇〇商事				

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。

令和元年11月 1日

住所 村上市三之町1番1号  
届出者  
氏名 村上 花子  
(受給者との続柄 妻 )

(宛先)村上市長