

第 12 号様式 (第 11 条関係)

東庄町重度心身障害者医療費第三者行為傷病届

年 月 日

東庄町長 岩田 利雄 様

届出人 住所 _____

氏名 _____

本人との
続柄 _____

電話 _____

次のとおり届出いたします。

受給者	住所			
	氏名	男 女	生年月日	年 月 日
	受給者番号			
加害者	住所			
	氏名	男 女	生年月日	年 月 日
診療を受けた、または受ける病院の医療機関名および所在地				
被害の内容				
傷病の状況				

- (注) 1 事故証明書の写しを添付してください。
2 示談成立のときは示談書の写しを添付してください。