

福祉医療費助成対象者等届出書

令和 年 月 日

栗東市長 殿

住所 栗東市
届出者
氏名

(電話番号)

福祉医療費助成条例施行規則の規定により届け出をします。

受 給 券		福祉番号	受給者番号	
		変 更 前	変 更 後	
変更及び届出事項	助成対象者	住所	栗東市	
		氏名		
	保 護 者	住所	栗東市	
		氏名	栗東市	
	加入 保 険 等	名 称 (保険者番号)	()	
		所 在 地		
		記 号 番 号		
		被保険者氏名		
		資 格 取 得 日		
		附 加 給 付	有 ・ 無	
	理 由			
	第三者行為の負傷		1.相手方の住所 氏名 2.第三者行為の発生状況の概要 3.相手方の費用負担率 未定 確定 (割)	