

※○印のところを記入してください。

記入見本

福祉医療費助成対象者等届出書

届出書を記入された日

令和 年 月 日

栗東市長 殿

記入してください

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	栗東市
			栗東市
			福祉医療費受給券(マルフクの券)をお持ちの方の福祉番号、受給者番号(複数名の場合は欄外に記入してください。)
	加入	(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	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)		

福祉医療費受給券をお持ちの方の氏名(全員分)